

# Der beschwerliche Weg zurück in den Arbeitsalltag nach einem Schlaganfall

Welche Barrieren und Unterstützungsfaktoren beeinflussen  
die Arbeitsreintegration aus der Perspektive der  
Betroffenen?

Alscher Jana



Moser Daphne



Departement Gesundheit

Institut für Ergotherapie

Studienjahr: 2018

Eingereicht am: 07. Mai 2021

Begleitende Lehrperson: Markwalder Nicole

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**

Arbeit bedeutet atmen für mich;  
wenn ich nicht arbeiten kann,  
kann ich nicht atmen!

Pablo Picasso

**Anmerkungen:**

Um die gendergerechte Sprache zu gewährleisten, wird wo möglich die neutrale Form verwendet. Falls das Geschlecht der Person oder Personengruppe bekannt ist, wird nur die jeweilige Form geschrieben.

Begriffe wie «Autorinnen und/oder Autoren» sowie «Forschende» werden verwendet, wenn es sich um die Urheberinnen und Urheber von referenzierter Literatur handelt. Als «Verfasserinnen» werden die Urheberinnen der vorliegenden Bachelorarbeit verstanden.

Begriffe, welche bei Erstnennung mit einem Asterisk (\*) markiert sind, werden im Glossar in Anhang A definiert.

Abkürzungen werden bei der ersten Verwendung ausgeschreiben, dahinter wird in Klammer die Abkürzung genannt. Alle verwendeten Abkürzungen sind unter dem Kapitel Verzeichnisse aufgelistet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>8</b>
1.1. Beschreibung des Themas und Problems .....	8
1.2. Relevanz für die Profession .....	10
1.3. Stand der Forschung .....	11
1.4. Fragestellung und Zielsetzung .....	11
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>13</b>
2.1. Schlaganfall .....	13
2.2. Arbeit .....	13
2.3. Arbeitsreintegration .....	14
2.4. Barrieren .....	14
2.5. Unterstützungsfaktor .....	14
2.6. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF] .....	15
2.7. Begründung der Wahl der ICF .....	17
<b>3. Methode</b> .....	<b>18</b>
3.1. Datenbankrecherche .....	18
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
3.3. Selektion der Hauptstudien .....	21
3.4. Beurteilung der Forschungsqualität .....	23
3.5. Analyse der Hauptstudien-Ergebnisse und Bearbeitung der Fragestellung. .....	25
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>26</b>
4.1. Hauptstudie 1, Gard et al. (2019) .....	27
4.1.1. Zusammenfassung der Studie .....	27
4.1.2. Kritische Würdigung .....	28
4.2. Hauptstudie 2, Hartke et al. (2011) .....	29
4.2.1. Zusammenfassung der Studie .....	29
4.2.2. Kritische Würdigung .....	30
4.3. Hauptstudie 3, Palstam et al. (2018) .....	31
4.3.1. Zusammenfassung der Studie .....	31
4.3.2. Kritische Würdigung .....	32
4.4. Hauptstudie 4, Törnbohm et al. (2019) .....	33

4.4.1. Zusammenfassung der Studie.....	33
4.4.2. Kritische Würdigung .....	34
4.5. Hauptstudie 5, Vestling et al. (2013).....	35
4.5.1. Zusammenfassung der Studie.....	35
4.5.2. Kritische Würdigung .....	36
4.6. Ergebniseinteilung in die ICF.....	38
4.6.1. Barrieren eingeteilt in die ICF .....	39
4.6.2. Unterstützungsfaktoren eingeteilt in die ICF.....	48
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>56</b>
5.1. Qualität der Hauptstudien .....	56
5.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse anhand ICF .....	57
5.2.1. Körperfunktionen .....	57
5.2.2. Körperstrukturen.....	59
5.2.3. Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) .....	60
5.2.4. Umweltfaktoren.....	61
5.2.5. Personenbezogene Faktoren .....	64
<b>6. Theorie-Praxis-Transfer .....</b>	<b>66</b>
<b>7. Schlussbetrachtung.....</b>	<b>68</b>
7.1. Beantwortung der Fragenstellung .....	68
7.2. Limitationen der Arbeit .....	69
7.3. Weiterführende Forschung und offene Fragen .....	70
<b>Verzeichnisse.....</b>	<b>71</b>
Literaturverzeichnis .....	71
Abbildungsverzeichnis .....	81
Tabellenverzeichnis .....	81
Abkürzungsverzeichnis .....	82
<b>Danksagung .....</b>	<b>83</b>
<b>Wortanzahl .....</b>	<b>84</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>85</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>86</b>
Anhang A) Glossar .....	87
Anhang B) Suchmatrix .....	92
Anhang C) AICA Raster Hauptstudie 1, Gard et al. (2019) .....	106

Anhang D) AICA Raster Hauptstudie 2, Hartke et al. (2011) .....	110
Anhang E) AICA Raster Hauptstudie 3, Palstam et al. (2018) .....	115
Anhang F) AICA Raster Hauptstudie 4, Törnbohm et al. (2019).....	119
Anhang G) AICA Raster Hauptstudie 5, Vestling et al. (2013).....	123

## **Abstract**

**Darstellung des Themas:** Verschiedene Einschränkungen erschweren die Arbeitsreintegration von Menschen nach einem Schlaganfall. Die Rückgewinnung der Erwerbstätigkeit ist jedoch ein wichtiges Rehabilitationsziel. Die Erfassung der Perspektive betroffener Personen wurde in der Literatur beim Zusammentragen der Faktoren bisher selten in den Fokus gesetzt.

**Ziel:** Barrieren und Unterstützungsfaktoren bei der Arbeitsreintegration werden bei dieser Bachelorarbeit aus Sicht von Menschen nach einem Schlaganfall erfasst. Eine literaturbasierte Übersicht der beeinflussenden Komponenten soll für Stakeholder des Wiedereingliederungsprozesses eine Hilfe darstellen, um so das ganzheitliche Bild zu vervollständigen.

**Methode:** Es wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Dafür wurde in medizinischen, ergotherapeutischen und psychologischen Datenbanken recherchiert. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien wurden fünf Hauptstudien bestimmt. Identifizierte Barrieren und Unterstützungsfaktoren werden anhand der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit präsentiert.

**Ergebnisse:** Einflussreiche Faktoren aus den Hauptstudien werden in diesem Review dargestellt. Die Barrieren sowie Unterstützungsfaktoren betreffen unter anderem die Informationsvermittlung, direkte Unterstützung der Betroffenen, Rahmenbedingungen und Koordination des Rehabilitationsprozess.

**Schlussfolgerung:** Anhand der Ergebnisse wird ersichtlich, wie vielschichtig die Arbeitsreintegration ist und welche Bedeutung dieser für die Betroffenen hat. Für die Therapierenden ist es wichtig festzuhalten, dass die Klientel mit den Erfahrungen und Befindlichkeiten als Experte anzusehen ist.

**Keywords:** Stroke; Return to Work; Job performance; Barrier; Facilitator

# 1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Rückkehr ins Arbeitsleben von Menschen, welche einen Schlaganfall erlitten haben.

## 1.1. Beschreibung des Themas und Problems

Durch das Arbeiten werden menschliche Grundbedürfnisse wie persönliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Ansprüche erfüllt (Vestling, Tufvesson, & Iwarsson, 2003). Wenn die Möglichkeit beruflich tätig zu sein durch ein Krankheitsereignis und dessen Folgen wie beispielsweise durch einen Schlaganfall verwehrt wird, habe dies negative Auswirkungen auf die Lebensqualität\*, Gesundheit, Partizipation\* und Well-being\* der betroffenen Person (Hellman, Bergström, Eriksson, Falkdal, & Johansson, 2016; Gard, Pessah-Rasmussen, Brogardh, Nilsson, & Lindgren, 2019).

Gemäss dem Bundesamt für Statistik [BFS] (2019) zählt der Schlaganfall zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und habe besonders für Personen mittleren Alters schwerwiegende Folgen für den Alltag. George, Tong, Kuklina und Labarthe (2011) bestätigen diese Aussage, denn ein Schlaganfall in jungen Jahren habe angesichts der bedeutenden Lebensphase, in der sich eine Person befinde, äusserst behindernde Auswirkungen. In der Schweiz erleiden laut dem BFS (2019) circa 16'000 Personen jährlich einen Schlaganfall. Laut Graham, Pereira und Teasell (2011) ist dieser typischerweise eine Erkrankung älterer Menschen. In der Öffentlichkeit scheint es gemäss Medin, Barajas und Ekberg (2006) ein mangelhaftes Verständnis für jüngere Schlaganfallüberlebende zu geben. Dies begründen sie mit der Aussage, dass der Schlaganfall als eine Erkrankung von älteren Menschen angesehen werde. Jedoch seien in Realität etwa ein Viertel bis ein Fünftel der gesamten Schlaganfallpopulation zwischen 18 und 65 Jahre alt (Graham et al., 2011). George et al. (2011) erwähnten ebenfalls, dass sich ein nennenswerter Anteil von betroffenen Personen im berufstätigen Alter befinde. Zudem nimmt die Zahl der Menschen, die in jungem Alter einen Schlaganfall erleiden, gemäss Hellman et al. (2016) weltweit zu. Der Schlaganfall sei zudem als häufigste Ursache für Behinderungen\* in den Industrieländern zu identifizieren (George et al., 2011).

Das primäre Ziel von Menschen nach einem Schlaganfall im Erwerbsalter sei die erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz (Hellman et al., 2016; Lindström, Röding, & Sundelin, 2009). Schwarz, Claros-Salinas und Streibelt (2018) zeigen auf, dass die Hälfte der Menschen nach einem Schlaganfall nicht in den Beruf zurückkehren. Von den 50 Prozent, welche anfangs einen erfolgreichen Return to Work [RTW] erleben, verlasse etwa ein Fünftel den Arbeitsplatz innerhalb der ersten sechs Monate (Roth, & Lovell, 2014). Gründe für den Misserfolg seien anhaltende, schlaganfallbedingte Beeinträchtigungen, welche die Arbeitsleistung\* und Arbeitszufriedenheit\* der Betroffenen und der Arbeitgebenden beeinträchtige. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz sei ein komplexer Multi-Stakeholder\*-Prozess, welcher von personen- und kontextbezogenen Faktoren beeinflusst werde (Schwarz et al., 2018).

Die ausfallende Erwerbstätigkeit zeigt unterschiedliche Folgen, welche einerseits direkt die betroffene Person belange und andererseits negative Auswirkungen auf das Umfeld sowie die soziale Gemeinschaft habe (American Heart Association [AHA], 2013; Daniel, Wolfe, Busch, & McKeivitt, 2009). Persönliche Konsequenzen betreffen gemäss Daniel et al. (2009) familiäre Beziehungen, Sexualleben, wirtschaftliche Schwierigkeiten sowie die Einschränkung von Freizeitaktivitäten. Der Verlust und Veränderungen von Rollen\* und Funktionen entstehe durch oben genannte Probleme, welche mit der fehlenden Arbeitstätigkeit in Zusammenhang gesetzt würden (Lawrence, 2010). Die kritischen Rollenveränderungen stellten die betroffenen Personen laut Lawrence (2010) vor Identitätsfragen und den Drang, das verlorene Selbstwertgefühl wiederherzustellen. Weiter werde durch fehlende Produktivität\* im Alltag die Möglichkeit, Erfüllung zu finden und soziale, sowie emotionale Bedürfnisse zu befriedigen deutlich minimiert (Roth, & Lovell, 2014). Wirtschaftlich gesehen sei der Produktivitätsverlust einer Person der grösste Anteil an indirekten Kosten, die durch einen Schlaganfall entstehen (AHA, 2013). Aufgrund der oben genannten Ausführungen besteht aus Sicht von Hellman et al. (2016) die Notwendigkeit den RTW-Prozess sowie die beeinflussenden Faktoren vermehrt zu erforschen, um negative Folgen zu vermeiden.

## 1.2. Relevanz für die Profession

Wie bereits erwähnt, sind Menschen nach einem Schlaganfall in ihrer Handlungsfähigkeit\* besonders in Bezug auf die Produktivität stark eingeschränkt. Da Arbeit zur Produktivität gehört und einen wesentlichen Teil zur empfundenen Lebensqualität beiträgt, ist die Arbeitsreintegration der betroffenen Menschen als zentrales Element der Ergotherapie\* anzusehen. Gemäss Wang, Kapellusch und Garg (2014) wird durch das Einbinden von Ergotherapie mit Fokus auf Arbeit die Chance auf einen erfolgreichen RTW erhöht und den bereits beschriebenen Folgen entgegengewirkt. Um Gesundheit, Well-being und Partizipation im Leben zu erlangen wird das Ziel verfolgt, dass Klientinnen und Klienten Betätigungen\* wieder ausführen können (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008). Ebenfalls benennt der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz die Relevanz des Themas Arbeitsreintegration in seinem Berufsprofil (2005).

Um zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen, Beeinträchtigungen oder psychischen Problemen ihren Arbeitsplatz und den Zugang zum Arbeitsprozess verlieren, sind gezielte Massnahmen nötig, in denen Ergotherapie auch in der Schweiz zunehmend eine wichtige Rolle spielt.  
(S.7)

Laut Köhler und Adam (2008) gehört die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durch Kontaktaufnahme mit dem Betrieb zu den Aufgaben von Ergotherapierenden. Dies beinhaltet frühzeitige Einleitung innerbetrieblicher Massnahmen wie Anpassung von Umweltbedingungen und Aufklärung bezüglich Erwartungen am Arbeitsplatz. Medin et al. (2006) bestätigt die Wichtigkeit der Ergotherapie beim RTW, denn diese ver helfe zu offener sowie förderlicher Kommunikation zwischen der betroffenen Person und dem arbeitsbezogenen Umfeld. Die Therapierenden seien fähig, die Barrieren gemeinsam mit den Betroffenen zu identifizieren und minimieren, um den RTW zu fördern. Ein weiterer grosser Bereich ist das Anleiten der betroffenen Personen bei der Verwendung von Hilfsmitteln, ferner gehöre das Wiederherstellen der kognitiven Fähigkeiten wie auch die Feinmotorik dazu (Höhl, Köser, & Dochat, 2015). Um weitere Barrieren und Unterstützungsfaktoren für die Arbeit von Ergotherapierenden in der Arbeitsreintegration zu identifizieren, wird eine systematische Literaturrecherche zu diesem Thema durchgeführt.

### 1.3. Stand der Forschung

In der Forschung gibt es verschiedene Ansätze, um Barrieren und Unterstützungsfaktoren zu identifizieren. Brannigan et al. (2017), Culler, Wang, Byers, & Trierweiler (2011), Schwarz et al. (2018) haben bereits einige Faktoren zusammengetragen. Jedoch ist die Perspektive der Betroffenen in Bezug auf Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim RTW nach dem Schlaganfall gemäss Hartke, Trierweiler und Bode (2011) in früherer Literatur mangelhaft analysiert worden. Zudem werde das Potenzial qualitativer Daten hervorgehoben, um bestehendes Wissen über kritische Faktoren im RTW-Prozess zu erweitern. Dies geschehe indem persönliche und wahrnehmungsbezogene Empfindungen identifiziert werden, die in quantitativen Analysen nicht leicht zu messen seien. Weiter sind aus Sicht von Palstam, Törnbohm und Sunnerhagen (2018) nur wenige Studien auf die langfristigen Erfahrungen mit der Erwerbstätigkeit nach einem Schlaganfall eingegangen. Ausserdem wurden die Barrieren und Unterstützungsfaktoren bei qualitativen Studien wie Hellman et al. (2016) nicht anhand eines Modells dargestellt. Wozniak und Kittner (2002) argumentieren, dass die Untersuchung des RTW durch die Verwendung von erklärenden Modellen, welche sich auf die Interaktion zwischen Person, Arbeitsplatz und anderen sozialen sowie finanziellen Faktoren konzentrieren, zum besseren Verständnis beitrage. Bisher wurde in der Literatur die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit\*, Behinderung und Gesundheit [ICF], welche zur Vereinheitlichung der medizinischen Fachsprache zwischen den Disziplinen definiert wurde, für die Ergebnisdarstellung nicht angewandt.

### 1.4. Fragestellung und Zielsetzung

Aufgrund der beschriebenen Problematik widmet sich die vorliegende Arbeit folgender Fragestellung: *Welche Barrieren und Unterstützungsfaktoren erfahren betroffene Erwachsene im erwerbsfähigen Alter bei der Arbeitsreintegration nach einem Schlaganfall?*

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand des aktuellen Standes der Forschung für Therapierende und Stakeholder des RTW-Prozesses eine literaturbasierte Übersicht über Barrieren und Unterstützungsfaktoren bei der Arbeitsreintegration von Menschen nach einem Schlaganfall zu verfassen. Die Einflussfaktoren werden

bei der vorliegenden Bachelorarbeit aus Sicht der Person, welche einen Schlaganfall erlitten hat, erfasst. Anhand der Einordnung in die ICF werden die durch die Ergotherapie zu beeinflussenden Faktoren identifiziert, was dazu verhelfen soll den Fokus der Therapie auf weitere Aspekte zu leiten.

## 2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden theoretische Grundlagen erläutert, welche für die Beantwortung der Fragestellung von Relevanz sind.

### 2.1. Schlaganfall

Bei einem Schlaganfall, auch Hirnschlag, Apoplex, cerebrovaskulärer Insult oder Infarkt [CVI], genannt, wird das Gehirn laut Ludwig (2020) nicht regulär durchblutet. In Bezug zur Ätiologie zeigen Lichy und Hacke (2010) auf, dass 85 Prozent der Schlaganfälle ischämischer\* Natur seien und nur 15% hämorrhagisch\*. Ein ischämischer Schlaganfall entsteht gemäss Habermann und Kolster (2009) durch einer Minderdurchblutung des betroffenen Hirnareals, was unter anderem durch Arteriosklerose verursacht wird. Der hämorrhagische Schlaganfall hingegen sei eine Hirnschädigung aufgrund einer Massendurchblutung wegen akuter Einblutungen ins Gehirn.

Laut Habermann und Kolster (2009) steuert und koordiniert das Gehirn praktisch alle Lebensvorgänge und Funktionen. Wenn Teile des Gehirns unzureichend durchblutet oder durch eine Blutung geschädigt werden, zeigen sich vielseitige Ausfälle und Funktionsstörungen\* bei den betroffenen Personen. Fähigkeiten wie Sinneswahrnehmung, wechselseitige Interaktion mit seiner Umwelt, vegetative\* Funktionen sowie problemlösendes Denken, Persönlichkeit und Affekt seien unterschiedlich stark beeinträchtigt (Habermann, & Kolster, 2009). Aufgrund dieser körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen sind aus Sicht von Lindström et al. (2009) manche Menschen nach einem Schlaganfall nicht mehr fähig zu arbeiten. Deswegen sei es essenziell, dass die Reintegration in die Arbeitswelt möglichst effektiv gestaltet werden kann.

### 2.2. Arbeit

Planvolles, zielgerichtetes und willentlich gesteuertes Tätigsein eines Menschen, was zum direkten oder indirekten Erhalt der eigenen beziehungsweise der Existenz der Gesellschaft führt, wird gemäss Luczak (1998) als Arbeit definiert. Dabei trete die Person in Interaktion mit Hilfsmitteln und Mitmenschen, um Güter sowie Dienstleistungen zu generieren. Auch die AOTA (2014, S. 20) definiert Arbeit in Zusammenhang mit Aktivitäten des «Machens, Bauens, Herstellens, Bildens,

Gestaltens oder Formens von Objekten sowie das Organisieren, Planen oder Evaluieren von Dienstleistungen, Prozessen des Lebens oder der Regierung».

### 2.3. Arbeitsreintegration

Die Arbeitsreintegration umfasst laut Vestling et al. (2013) alle Massnahmen, die als Ziel haben, dass der Klient wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren kann. Diese Reintegration beinhaltet sowohl die Rückkehr zu einem beliebigen Beschäftigungsgrad als auch vorbereitende Ausbildungen für eine neue Berufstätigkeit. Arbeitstherapierende spielen gemäss Steenstra, Lee, de Vroome, Busse und Hogg-Johnson (2012) eine bedeutende Rolle und haben zur Aufgabe, dass die Wechselwirkung zwischen Arbeit und Gesundheit funktioniert. Die Wiedereingliederung von Menschen in den ersten Arbeitsmarkt ist laut Vestling et al. (2003) ein wichtiger Bestandteil des Fachbereichs Arbeitsrehabilitation\* der Ergotherapie. In der Schweiz werde eine Person auf ihrem Weg zurück ins Arbeitsleben durch die Invalidenversicherung [IV] unterstützt, um durch regelmässige Betätigung ihren Alltag und das Selbstwertgefühl zu stärken (Sozialhilfe Kanton Zürich, 2021).

### 2.4. Barrieren

Barrieren seien sich in der Umwelt einer Person befindende Elemente, welche Einschränkungen in der Teilhabe auslösen (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005). Unter Barrieren werden gemäss DIMDI (2005) "Unzugänglichkeit der materiellen Umwelt, mangelnde Verfügbarkeit relevanter Hilfstechnologie, negative Einstellungen der Menschen zu Behinderung, sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, die entweder fehlen oder die verhindern" verstanden.

### 2.5. Unterstützungsfaktor

Als Unterstützungsfaktoren werden Faktoren definiert, welche laut Léegaré und Zhang (2013) einen positiven Einfluss auf das Resultat zeigen. Die Berücksichtigung von erleichternden Aspekten sei eine bedeutende Entwicklung gewesen, da ansonsten oftmals vergessen wurde, dass durch die Verstärkung dieser Faktoren ein positiveres Ergebnis erzielt werden könne.

## 2.6. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]

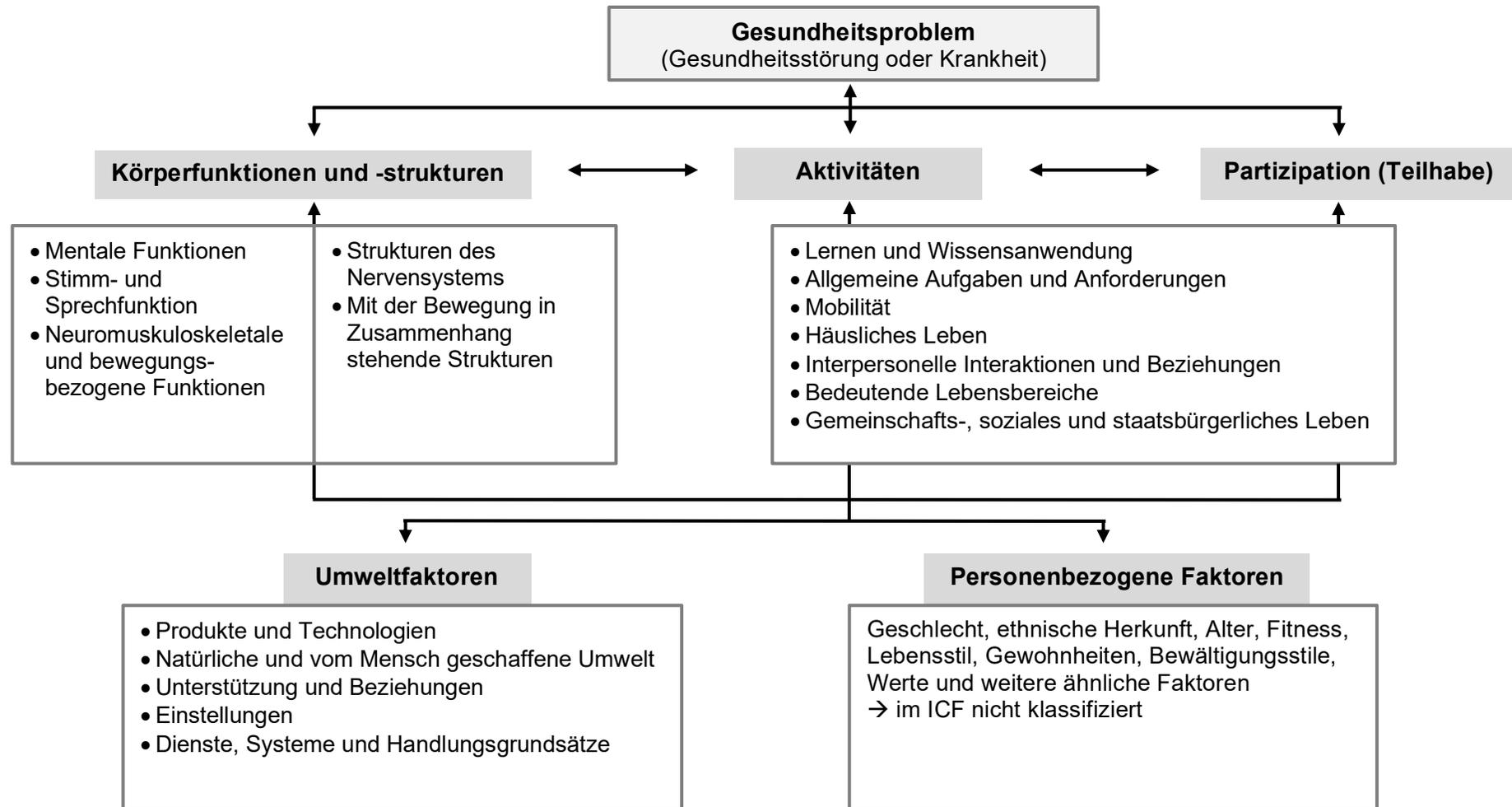
Die ICF ist nach DIMDI (2005) der deutschsprachige Nachfolger des International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps [ICIDH] vom Jahr 1980, welches 2001 nach Weiterentwicklung von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] verabschiedet wurde. Bei der ICF werden nicht ausschliesslich auftretende Behinderungen manifestiert wie beim ICIDH, sondern unmittelbar positive und negative Aspekte der Funktionsfähigkeit erfasst (DIMDI, 2005). Dieser Ansatz berücksichtigt somit Barrieren und Unterstützungsfaktoren eines Individuums, was die ressourcen- sowie defizitorientierte Vorgehensweise der ICF aufzeige (Maetzler, Dobel, & Jacobs, 2019).

Das bio-psycho-soziale Modell\* werde bei der ICF als Grundlagenmodell eingesetzt (DIMDI, 2005). Maetzler et al. (2019) besagen, dass die ICF Behinderung als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Erkrankung, deren Krankheitsfolgen, Persönlichkeit des Erkrankten, sowie sozialem und materiellem Kontext verstehe, was in Abbildung 1 aufgezeigt wird.

Teilaspekte des Körpers, des Individuums und der Gesellschaft werden in der ICF in folgenden zwei Hauptgruppen beschrieben (1) Körperfunktionen\* und Körperstrukturen\* sowie (2) Aktivitäten\* und Partizipation, also Teilhabe (DIMDI, 2005). Umweltfaktoren\* liegen ausserhalb des Individuums und seien in der ICF als eigene Klassifikation aufgelistet. Negative Kontextfaktoren\* können gemäss Frommelt und Lösslein (2010) aufgrund der beschriebenen Wechselwirkung zur Verstärkung von Krankheitsfolgen oder neuen gesundheitlichen Schäden führen. Personenbezogene Faktoren\* seien zwar als Bestandteil der Wechselwirkung angesehen, jedoch nicht in der ICF klassifiziert (DIMDI, 2005). Die ICF weise darauf hin, dass falls notwendig die Beurteilung dieser Punkte dem Anwender überlassen sei.

## Abbildung 1

Wechselwirkung zwischen Komponenten der ICF, eigene Darstellung mit Domäne gemäss ICF Endfassung, S. 23



Note Es wurden jeweils nur die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Domäne der ICF in die Abbildung eingetragen.

## 2.7. Begründung der Wahl der ICF

Die ICF fokussiert, wie bereits erwähnt, nicht nur auf die Barrieren, sondern auch auf Ressourcen eines Betroffenen. In der Ergotherapie werden bei der Erfassung von Klientinnen und Klienten gemäss AOTA (2014) viele unterschiedliche Einflussfaktoren beachtet, um das Individuum als Ganzes zu erfassen. Weiter soll die ICF eine wissenschaftliche Grundlage für das Verstehen des Gesundheitszustandes und mit der Gesundheit zusammenhängenden Faktoren ermöglicht werden (DIMDI, 2005). Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit zielt auf das Erkennen von Barrieren sowie Unterstützungsfaktoren ab, um ein ganzheitliches Bild der Person während des RTW erstellen zu können. Aktivitäten und Partizipation, sowie das Beeinflussen der Umweltfaktoren gehören zum Bereich der ergotherapeutischen Intervention, welche im AOTA (2014) als die Schaffung oder Erleichterung von Gelegenheiten zur Beschäftigung und Partizipation an gewünschten Lebenssituationen beschrieben wird. Weiter ist das Ermöglichen einer gemeinsamen Sprache für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Klientel unabhängig der Berufszugehörigkeit der ausführenden Fachperson ein wichtiges Ziel der ICF (Frommelt, & Lösslein, 2010).

### 3. Methode

Zur Bearbeitung der oben genannten Fragestellung wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. In den folgenden Unterkapiteln wird das Vorgehen zum vorliegenden systematischen Literaturreview der Bachelorarbeit detailliert erläutert.

#### 3.1. Datenbankrecherche

Auf Grundlage der Fragestellung wurden zunächst deutsche Schlüsselwörter definiert. Alle Begriffe wurden auf Englisch übersetzt, da eine internationale Datenbankrecherche durchgeführt wurde. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die definierten Begriffe inklusive der abgeleiteten englischen Keywords und Synonyme.

**Tabelle 1**

*Schlüsselbegriffe, Keywords und Synonyme*

<b>Schlüsselwörter</b>	<b>Keywords</b>	<b>Synonyme</b>
Schlaganfall	Stroke	Cerebrovascular accident, Cerebral vascular attack
Arbeit	Employment	Job Profession Work
Arbeitsreintegration	Return to work	Back to work, Job re-entry, Vocational Rehabilitation, Return to work, Work Integration, Work Reintegration
Barrieren	Barriers	Predictors, Obstacle
Unterstützungsfaktoren	Facilitators	Ressource, Supporting factors, Supportive factors
Erfahrungsberichte	Experience Report	Narrative, Phänomenological, Qualitative Study

Boolesche Operatoren, Trunkierungen sowie Phrasensuche wurden bei der Recherche angewendet, um die Suche zu konkretisieren und relevante Literatur zu finden. Dabei wurden die vordefinierten Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme von Tabelle 1 in unterschiedlichen Kombinationen verwendet. «Stroke» und «Cerebrovascular Insult» wurden mit den Booleschen Operatoren «OR» in Kombination mit «Return to Work» «AND» «Barriers» oder «Faciliators» in Verbindung gesetzt.

Es erfolgte eine Recherche in medizinischen sowie Ergotherapie spezifischen Datenbanken. Hierfür wurden AMED, CINAHL, Medline, Pubmed und OTseeker verwendet. Zudem wurden die psychologischen Datenbanken PsychINFO und PubPsych zur Erweiterung der Trefferanzahl und zum Einschluss von Studien mit psychologischem Fokus hinzugezogen. Die Literaturrecherche wurde zwischen Juli 2020 und Januar 2021 vorgenommen. Zuerst wurde eine sensitive Suche, also eine breit angelegte Recherche, und im Anschluss eine spezifische Suche, enger und präziser, durchgeführt. Wenn die Suche weniger als 100 Treffer ergab, wurde die Literatur anhand der Titel und Abstracts genauer gesichtet, bei mehr Treffern wurde die Suche weiter eingegrenzt. Mit diesem Vorgehen sollte verhindert werden, dass relevante Treffer nicht gefunden werden. Die ausführliche Suchmatrix zur durchgeführten Literaturrecherche befindet sich in Anhang B.

### 3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Fragestellung möglichst präzise bearbeiten zu können, wurden Kriterien definiert, welche die Suchergebnisse eingrenzen sollen. Diese Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 2 definiert.

**Tabelle 2**

*Ein- und Ausschlusskriterien*

<b>Kategorie</b>	<b>Einschlusskriterium</b>	<b>Ausschlusskriterium</b>
Studiendesign	Qualitative Studien systematische Reviews	Quantitative Studien, da es um die Erfassung vom Befinden einer Person geht
Population	Erwerbsfähiges Alter Status nach Schlaganfall Männliche und weibliche Probanden	Studien mit anderen Perspektiven wie zum Beispiel Angehörige oder Arbeitgeber des Betroffenen,

Kategorie	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Publikationsjahr	Ab 2010 bis heute, neuste Forschung, Fortschritte in der Neurorehabilitation sind kontinuierlich	Studien vor 2010
Herkunft	Industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemographischem Hintergrund wie die Schweiz (Europa, Australien, Kanada, Neuseeland, USA)	Entwicklungsländer, Länder mit grossen kulturellen Unterschieden
Setting	Keine Einschränkungen	
Sprache	Englisch und Deutsch	Andere Sprachen

Die Bachelorarbeit soll bei der Identifizierung der Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim RTW die Sicht der Menschen nach einem Schlaganfall integrieren. Qualitative Studien haben gemäss Gassel (2018) zum Ziel, den Sinn der sozialen Wirklichkeiten zu rekonstruieren, indem die Lebenswelt der Menschen verstehend nachvollzogen wird. Einfacher gesagt bedeutet dies, dass Forschende das subjektive Erleben der betroffenen Menschen analysieren. Aus bereits genannten Gründen wurden Studien mit anderen Perspektiven, wie die der Arbeitgebenden oder der Gesundheitsberufe als Hauptstudien ausgeschlossen. Da es sich in dieser Bachelorarbeit um die Arbeitsreintegration handelt, sollten sich die Teilnehmenden der Studien in erwerbsfähigem Alter befinden. Beim Geschlecht der Population wurde kein Ausschlusskriterium festgelegt.

Um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurde ausschliesslich Evidenz ab 2010 verwendet. Der kulturelle Kontext der ausgewählten Hauptstudien sollte möglichst passend auf die Schweiz übertragbar sein. Daher wurden industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund als Einschlusskriterium definiert. Die geographische Einschränkung soll verhindern, dass Personengruppen mit stark von der Schweiz abweichender Arbeitskultur oder anderem Gesundheitssystem die Ergebnisse verzerren.

Beim Setting wurde kein Ausschlusskriterium festgelegt. Somit wurden Studien eingeschlossen, welche Teilnehmende im ambulanten und stationären Setting berücksichtigten. Die Bachelorarbeit fokussiert auf allgemein auftretende Barrieren

und Unterstützungsfaktoren bei der Reintegration ins Arbeitsleben und nicht spezifisch auf das Rehabilitationsverfahren einer Klinik oder ambulantes Setting. Aufgrund der sprachlichen Voraussetzungen der Verfasserinnen wurden nur deutsche und englische Studien inkludiert.

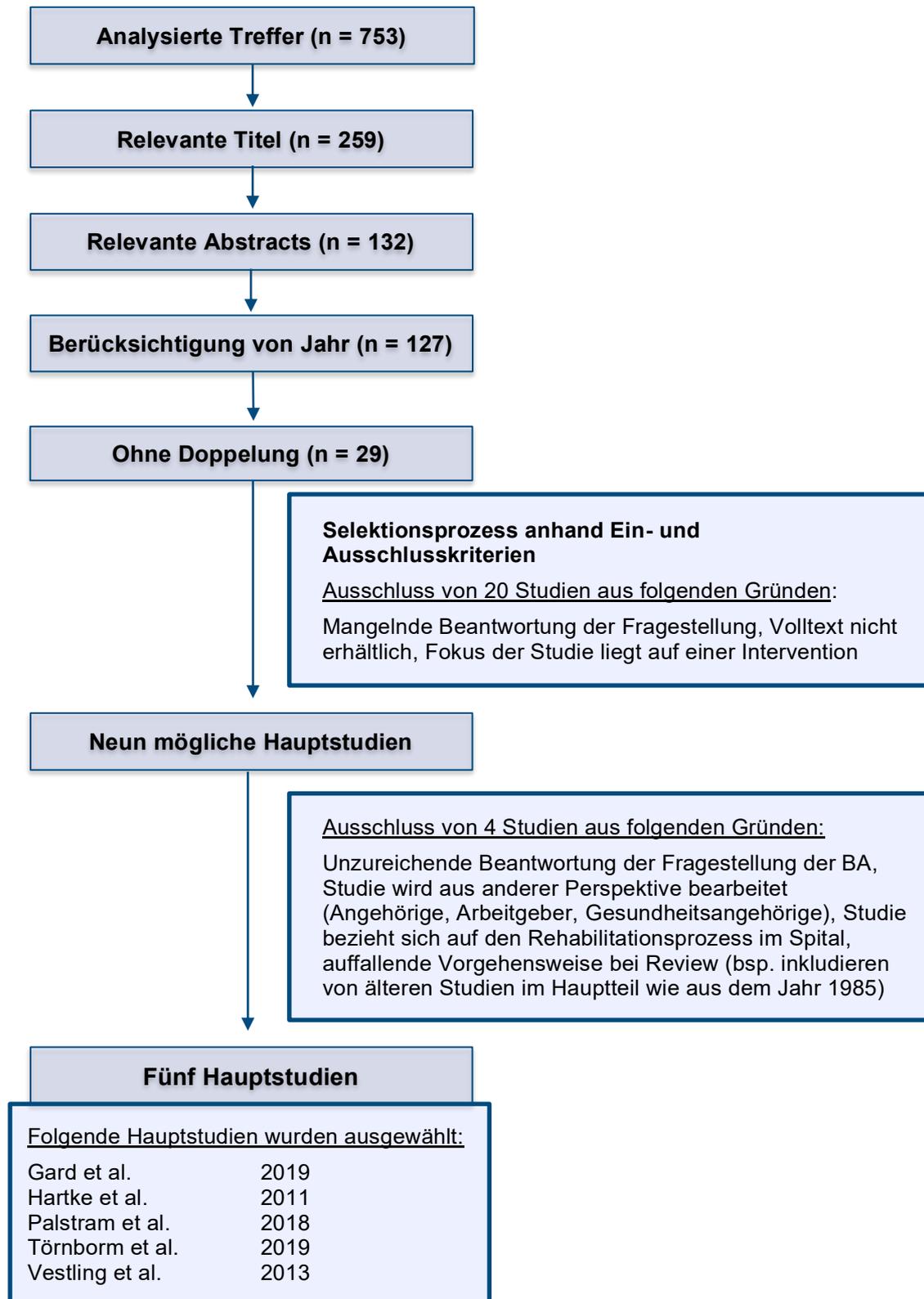
### 3.3. Selektion der Hauptstudien

Bei der Datenbankrecherche wurden mit unterschiedlichen Kombinationen der in Tabelle 1 dargestellten Begriffe insgesamt 259 Studien mit relevanten Titeln gefunden. Davon waren 132 Treffer mit bedeutsamem Abstract. Wie in Abbildung 2 ersichtlich, wurden im Anschluss alle Doppelungen und das Ausschlusskriterium für Erscheinungsjahr identifiziert. Die derart selektionierte Literatur (n = 29) wurde genauer gesichtet und auf Relevanz für die Fragestellung der Bachelorarbeit geprüft. Sie wurde kategorisiert in «mögliche Hauptstudien», «ergänzende Literatur» und «ungeeignet». Zudem wurden Studien, die nicht den Einschlusskriterien der Population und des Herkunftslandes entsprachen, ausgeschlossen.

Die daraus entstandenen neun möglichen Hauptstudien wurden für den optimalen Vergleich zusammengefasst und gewürdigt. Aufgrund auffälliger methodischer Vorgehensweise wie dem Einschluss von veralteter Literatur beim Review von Wang et al. (2014) und Recherche in wenigen Forschungsdatenbanken wurde die Studie von Schwarz et al. (2018) ausgeschlossen. Die weiteren beiden Studien wurden aufgrund unzureichender Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit und zu starkem Fokus auf den Rehabilitationsprozess im stationären Bereich nicht integriert. Abschliessend inkludiert die Fragestellung der Bachelorarbeit nur Publikationen, welche aus der Sicht, der Schlaganfallbetroffenen verfasst wurde. Aufgrund dessen wurde die Studie von Coole, Radford, Grant und Terry (2013) als Hauptstudie ausgeschlossen, obwohl diese ebenfalls interessante Aspekte zum Wiedereingliederungsprozess in die Arbeit nach einem Schlaganfall aufwies. Die ausgeschlossene Literatur wird als ergänzende Literatur im Diskussions- und Transferabschnitt verwendet. Somit wurden fünf Studien als Hauptstudien identifiziert, diese sind in der Abbildung 2 ersichtlich.

## Abbildung 2

Eigene Darstellung des Selektionsprozesses für die Hauptstudien



### 3.4. Beurteilung der Forschungsqualität

Von den definierten Hauptstudien hatten fünf ein qualitatives Design und kein systematisches Review wurde eingeschlossen. Alle Studien wurden anhand eines Evaluationsinstruments kritisch beurteilt und auf deren Qualität geprüft. Für die kritische Beurteilung der qualitativen Primärstudien wurde das Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal [AICA] nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) verwendet. Weiter wurde die Güte anhand von zwölf Qualitätsfaktoren kritisch betrachtet. Die ersten acht Kriterien wurden angelehnt an das AICA von den Verfasserinnen formuliert. Diese beziehen sich auf die Relevanz des Phänomens, Zielsetzung der Forschenden, gewähltes Studiendesign, Stichprobe, Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens, Ergebnisse, Beantwortung der Forschungsfrage und Relevanz der Ergebnisse für die Ergotherapie. Die vier Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) wurden ergänzend hinzugezogen. Genaue Beschreibungen zu den Kriterien sind anschliessend in Tabelle 3 einsehbar.

**Tabelle 3**

*Definition der Gütekriterien*

<b>Gütekriterium</b>	<b>Beschreibung</b>
Relevanz des Phänomens	Die Beschreibung des Phänomens ist klar, literaturbasiert und relevant für die Ergotherapie.
Zielsetzung	Das Forschungsziel ist explizit und verständlich dargestellt.
Gewähltes Studiendesign	Das gewählte Design ist beschrieben, begründet und nachvollziehbar für die durchgeführte Studie.
Stichprobe	Die Stichprobe widerspiegelt die Population, hat eine angemessene Grösse und die Teilnehmenden erleben das zu beforschende Phänomen.
Methodisches Vorgehen	Das methodische Vorgehen ist verständlich beschrieben, nachvollziehbar und Transparent. Die Datensättigung wird als gut empfunden.
Ergebnisse	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind logisch kategorisiert.
Beantwortung der Fragestellung	Die Forschungsfrage wird anhand der Ergebnisse beantwortet.
Relevanz der Ergebnisse für Ergotherapie	Die Ergebnisse sind für die Ergotherapie relevant und brauchbar.

<b>Gütekriterium</b>	<b>Beschreibung</b>
Bestätigung (Confirmability)	Begleitung durch externe Person im Sinne einer Überprüfung der Objektivität, aber auch das kritische Analysieren des Vorgehens während dem Forschungsprozess.
Zuverlässigkeit (Dependability)	Eine zeitnahe und regelmässige Analyse des Forschungsteams zur Datenerhebung und Datenanalyse findet statt. Die Ergebnisse werden von einem Gremium überprüft.
Glaubwürdigkeit (Credibility)	Peer debriefings* werden durch Diskussion der Forschenden und Forschungsteilnehmenden durchgeführt. Es findet eine Triangulation bei der Datenerhebung statt.
Übertragbarkeit (Transferability)	Passende Zitate und nachvollziehbare Präsentation der Ergebnisse trägt zur Übertragbarkeit bei. Weiter kann ein Praxistransfer auch in andere Settings stattfinden.

Jedes Kriterium wurde bei den fünf Hauptstudien entweder als erfüllt, teilweise erfüllt oder nicht erfüllt klassifiziert.

- Die Studie wurde als qualitativ hoch eingestuft, wenn mindestens neun Kriterien erfüllt und kein Kriterium nicht erfüllt wurde.
- Das Qualitätsniveau galt als gut, wenn mindestens sieben Kriterien erfüllt und kein Kriterium nicht erfüllt wurde.
- Mässige Qualität der Studie war bei der Erfüllung von mindestens vier Kriterien und dem nicht erfüllen von Maximum zwei Kriterien gegeben.
- Bei der Erfüllung von weniger als vier Kriterien wurde die Qualität als tief eingeordnet.

Im Ergebnisteil findet die kritische Würdigung der Hauptstudien statt und zu Beginn der Diskussion wird in Bezug auf das Qualitätsniveau der Studien Stellung genommen.

### 3.5. Analyse der Hauptstudien-Ergebnisse und Bearbeitung der Fragestellung

Durch den Vergleich der Ergebnisse der ausgewählten Hauptstudien wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim RTW-Prozess von Menschen nach einem Schlaganfall identifiziert. Diese Ergebnisse wurden bei der gemeinsamen Beurteilung und Auseinandersetzung der Verfasserinnen kategorisiert, in Oberthemen sowie Unterthemen eingeteilt und den einzelnen Komponenten wie Körperfunktion, Körperstruktur, Aktivitäten und Partizipation und Umweltfaktoren von der ICF sowie personenbezogene Faktoren zugeordnet. In einem nächsten Schritt wurden die Faktoren in die Verzweigungsebene der ICF eingeteilt. Bei Uneinigigkeiten diskutierten die Verfasserinnen diese so lange, bis ein Konsens gefunden wurde. Durch die Darstellung der Ergebnisse in der ICF wird der Bezug zwischen den Ergebnissen und deren Bedeutung für die Ergotherapie verdeutlicht. Die Diskussion und der Theorie-Praxis Transfer werden anhand der Ergebnisse der Hauptstudien sowie durch Einbezug weitere Nebenstudien verfasst, dies, um die Argumentationen zu untermauern und damit eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Hauptstudien stattfindet.

## 4. Ergebnisse

Nach Tabelle 4 mit der Übersicht zu den fünf Hauptstudien folgen die zusammengefassten und kritisch gewürdigten Hauptstudien in alphabetischer Reihenfolge. Im Anhang C bis G befinden sich die AICA Tabellen aller ausgewählten Hauptstudien der vorliegenden Bachelorarbeit.

**Tabelle 4**

### *Übersicht der Hauptstudien*

<b>Forschende</b>	<b>Herkunftsland</b>	<b>Studienziel</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b>
Gard et al.	Schweden	Erfahrungen erfassen von Schlaganfallüberlebenden mit gesundheitsbezogenen Barrieren und Unterstützungsfaktoren bezüglich der Rückkehr zur Arbeit nach einem Schlaganfall.	20 (weiblich = 7 / männlich = 13)	Fokusgruppeninterviews
Hartke et al.	Vereinigte Staaten von Amerika	Barrieren und Unterstützungsfaktoren definieren, welche von Betroffenen nach einem Schlaganfall genannt werden.	12 (weiblich = 4 / männlich = 8)	Individuelle Interviews, narrative Erzählweise
Palstram et al.	Schweden	Erfassung von subjektivem Empfinden von Menschen 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz und die momentane Arbeitssituation.	13 (weiblich = 5 / männlich = 8)	Individuelles Interview
Törnborn et al.	Schweden	Tieferes Verständnis erlangen, wie die Teilnehmenden 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall im Alltag zurechtkamen und wie sie ihre eigene Partizipation reflektierten	11 (weiblich = 4 / männlich = 7)	Individuelles Interview
Vestling et al.	Schweden	Das Verständnis gegenüber Erfahrungen von Menschen, die nach einem Schlaganfall an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, zu steigern.	12 (weiblich = 4 / männlich = 8)	Semi-strukturierte Interviews

## 4.1. Hauptstudie 1, Gard et al. (2019)

### 4.1.1. Zusammenfassung der Studie

**Tabelle 5**

*Zusammenfassung der Studie von Gard et al. (2019)*

<b>Studienbereich</b>	<b>Inhalte</b>
Studienziel	Gard et al. (2019) erforschten Erfahrungen von Überlebenden eines Schlaganfalls zu gesundheitsbezogenen Barrieren und Unterstützungsfaktoren bezüglich der Rückkehr zur Arbeit.
Design	Phänomenologische Studie mit qualitativer Vorgehensweise
Stichprobe	Anfrage von Teilnehmenden einer anderen Studie zu Schlaganfall. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"><li>• Erwerbsfähiges Alter (unter 65 Jahren)</li><li>• Behandlung im Universitätsspital Schonen, Schweden</li><li>• Überweisung zur ambulanten Schlaganfallrehabilitation innerhalb von 180 Tagen</li><li>• Mindestens 10 Stunden pro Woche angestellt</li></ul> Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nicht fließende schwedische Sprache</li><li>• Starke kognitive oder sprachliche Einschränkungen, sodass das Interview nicht durchgeführt werden konnte</li></ul> n = 20 Teilnehmende (7 Frauen / 13 Männer) (15 ischämisch / 5 hämorrhagisch) Alle Teilnehmer erholten sich gemessen am Stroke Impact Scale (SIS) ziemlich gut vom Schlaganfall. 16 kehrten zu ihrer früheren Arbeit zurück, einer kehrte nur für ein paar Monate zurück und drei Teilnehmende befanden sich in einem Arbeitstraining.
Datenerhebung	Fokusgruppeninterviews <ul style="list-style-type: none"><li>• 40-70 Minuten</li><li>• Von einem Autor moderiert</li><li>• Interview-Guide: Offene und weiterführende Fragen, Erstellung aufgrund Erkenntnisse aus früheren Forschungen</li><li>• 3-5 Teilnehmende pro Fokusgruppeninterview</li><li>• Aufgenommen und transkribiert</li></ul>
Datenanalyse	Analyseverfahren nach Graneheim & Lundman (2004): → qualitative Inhaltsanalyse <ul style="list-style-type: none"><li>• Interviewtext mehrmals durchgelesen durch zwei Forschende</li><li>• Kategorisiert durch zwei Forschende</li><li>• Ergebnisse mehrmals mit allen Forschenden diskutiert und validiert</li><li>• Datensättigung wurde als gut erachtet</li></ul>
Resultate	<u>Barrieren:</u> Mangel von früher Information, regelmässigem Kontakt und Rehabilitationsplan, ungenügende Kommunikation zwischen Rehabilitationsakteuren, Mobilität und Mangel an praktischer Hilfe und psychosozialer Unterstützung für die Familie

Studienbereich	Inhalte
	<u>Unterstützungsfaktoren:</u> Adäquater Rehabilitationsinhalt und zeitliche Abstimmung, sowie Schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz

#### 4.1.2. Kritische Würdigung

Der **Zweck** der Studie wird von den Forschenden nachvollziehbar begründet sowie mit bereits vorhandener Literatur gestützt. Es ist klar ersichtlich, dass die Notwendigkeit für die weitere Erforschung dieses Phänomens besteht. Das Ziel wird im Abstract sowie in der Einleitung klar genannt.

Die Auswahl des **Studiendesigns** ist nachvollziehbar und wird empfohlen, um ein Themengebiet aus der Perspektive Betroffener zu erforschen. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit dem Consolidated criteria for Reporting Qualitative research konzipiert [COREQ], was der einzige Erstellungsleitfaden für qualitative Forschung ist. Dies wurde von den Verfasserinnen als gut erachtet.

Die **Stichprobe** wurde zielgerichtet ausgewählt, was der Vorgehensweise qualitativer Forschung entspricht. Die Stichprobenziehung ist jedoch nicht vollständig nachvollziehbar. Sie bezieht sich nur auf die im Universitätsspital von Schönen behandelten Schlaganfallpatienten und gibt deshalb nur Informationen zu dieser Population. Betroffene mit zu starken kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen wurden ausgeschlossen. Für die Beantwortung der Fragestellung hätte diese Gruppe relevante und so nicht benannte Erfahrungen einbringen können. Es wird als gut befunden, dass die Studie durch eine Ethikkommission genehmigt wurde.

Die **Datenerhebung** erfolgte durch Fokusgruppeninterviews und wurde begründet. Es wurde nicht bekanntgegeben, wer die Interviews geleitet hat. Zudem befanden sich weitere Personen im Hintergrund, diese haben eine beobachtende Rolle eingenommen und waren gleichzeitig für ergänzende Fragen zuständig, was aus Sicht der Verfasserinnen nicht zu dieser Rolle passt. Die Triangulierung der Methoden ist nicht gegeben, da die Forschenden nur Fokusgruppeninterviews und keine weitere Methode zur Absicherung der Datenerhebung durchgeführt haben. Die Datensättigung wurde nicht direkt von den Forschenden diskutiert, jedoch aufgrund von den vielfältigen Resultaten als angemessen erachtet.

Die Vorgehensweise bei der **Datenanalyse** wird kurz, aber klar beschrieben. Der Inhalt wurde nach Graneheim und Lundman (2004) analysiert. Die Kategorisierung der Ergebnisse wurde zur Glaubwürdigkeit durch zwei Forschende vorgenommen und im Anschluss wiederholt mit allen Autoren besprochen, was angemessen ist. Durch die Belegung der **Ergebnisse** mit Zitaten wurde eine Transparenz zu den Interviewantworten geschaffen. Zudem sind die Zitate visuell vom restlichen Text unterscheidbar. Aufgrund der reichhaltigen Erfahrungen der Teilnehmenden wird das verfolgte Ziel erreicht.

Die Interpretation der Ergebnisse wird in der **Diskussion** verständlich aufgebaut und die Forschenden verbinden die Resultate mit passender, vorhandener Literatur. Die genannten Limitationen scheinen für die Verfasserinnen nachvollziehbar.

## 4.2. Hauptstudie 2, Hartke et al. (2011)

### 4.2.1. Zusammenfassung der Studie

#### Tabelle 6

#### Zusammenfassung der Studie von Hartke et al. (2011)

Studienbereich	Inhalte
Studienziel	Das Ziel der Studie von Hartke et al. (2011) sei es, die Barrieren und Unterstützungsfaktoren zu definieren, welche von Betroffenen nach einem Schlaganfall genannt werden.
Design	Qualitatives Studiendesign, Grounded Theory
Stichprobe	Verteilung von Flyern im Rehabilitationszentrum und persönlicher Kontakt einer Forschenden. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens drei Monate Post-Stroke</li> <li>• Erwerbsfähiges Alter (unter 65 Jahren)</li> <li>• Zurückgekehrt an den Arbeitsplatz oder mit der Intention zurückzukehren</li> <li>• Nur milde bis moderate sprachliche oder kognitive Einschränkungen gemessen am National Institute of Health [NIH] Stroke Scale of Functional Independence Measure [FIM]</li> </ul> n = 12 Teilnehmende (4 Frauen / 8 Männer)
Datenerhebung	Individuelle Interviews: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 60-120 Minuten</li> <li>• Geführt von Erstautorin</li> <li>• Offene Fragen sowie Liste von möglichen Diskussionspunkten</li> <li>• Teilnehmende wurden ermutigt, narrativ zu antworten</li> <li>• Aufgenommen und transkribiert</li> </ul>

Studienbereich	Inhalte
Datenanalyse	Analyseverfahren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transkripte von allen Autoren durchgelesen</li> <li>• Erste Kategorien anhand Daten aus den ersten vier Interviews, danach immer weitere Transkripte kodiert und eingeordnet</li> <li>• Datensättigung von den Forschenden als gut erachtet</li> </ul>
Resultate	<u>Barrieren:</u> Finanzielle Aspekte, körperliche Einschränkungen, Bürokratische Einflüsse, Stress am Arbeitsplatz <u>Unterstützungsfaktoren:</u> Unterstützung durch Fachpersonal und Umfeld, bekannte Aufgaben, Bewältigungsstrategien, sowie Offenheit

#### 4.2.2. Kritische Würdigung

Der **Zweck** der Studie wird von den Forschenden präzise festgehalten und in der Einleitung begründet. Die Argumentation der Autoren und Autorinnen wird durchgehend mit bereits vorhandener Literatur belegt. Die Forschenden heben hierbei hervor, wieso eine qualitative Studie relevant ist und wo andere Literatur Mängel aufweisen. Das Ziel der Studie wird in der Einleitung klar genannt.

Die Forschenden begründen das qualitative **Studiendesign** kurz aber gehen zu wenig genau darauf ein. Grounded Theory wurde als Studiendesign erst bei der Datenanalyse genannt, dies wird kritisiert.

Die **Stichproben** werden durch das Aushängen von Flyern gezielt gezogen, einige der Teilnehmenden sind direkte Kontaktpersonen der Zweitautorin, was die Ergebnisse beeinflussen könnte. Die Einschlusskriterien werden genau definiert und sind nachvollziehbar bis auf die nur milden und moderaten kognitiven und sprachlichen Einschränkungen und die nicht Einschliessung der Betroffenen, die nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Die Forschenden schliessen hiermit einen wichtigen Teil der Population aus. Auch bei einer qualitativen Studie sind zwölf Teilnehmende eine eher kleine Stichprobe, zudem wurde nicht begründet, weshalb dies so ist.

Für die **Datenerhebung** wurden individuelle Interviews gewählt. Diese Interviews sind eine passende Methode, um Daten aus der Perspektive der Betroffenen zu erfassen. Jedoch wird keine weitere Methode verwendet und somit ist die Triangulierung der Methode nicht gegeben. Der Fragenkatalog ist in keiner Abbildung einsehbar, was die Transparenz mindert. Die Datensättigung wird von

den Forschenden angesprochen und als gut erachtet. Die Studie wurde von der Ethikkommission angenommen.

Das Vorgehen bei der **Datenanalyse** wird von den Forschenden klar beschrieben. Die Glaubwürdigkeit wird gesteigert, da drei unabhängige Autoren mit unterschiedlicher Berufszugehörigkeit die Transkripte prüfen. Die Datenanalyse wird präzise dargestellt, jedoch werden die Aussagen nicht mit Abbildungen oder Tabellen unterstützt.

Die **Ergebnisse** reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind mittels deutlich hervorgehobener Zitate aus den Interviews empirisch verankert. Die Kategorien sind nachvollziehbar ausgewählt und beleuchten das Phänomen als Ganzes.

In der **Diskussion** werden durch die Interpretation und die Verbindung mit bereits vorhandener Literatur die Ergebnisse verständlich dargestellt. Die Forschenden beantworten durch die Vielfalt der erfassten Daten die Forschungsfrage und erweitern diese in der Diskussion mit einem Transfer in die Praxis. Die Forschenden zeigen eine Limitation auf, diese erscheint nachvollziehbar. Jedoch wird von den Verfasserinnen bemängelt, dass keine weiteren Limitationen genannt sind.

### 4.3. Hauptstudie 3, Palstam et al. (2018)

#### 4.3.1. Zusammenfassung der Studie

##### Tabelle 7

##### *Zusammenfassung der Studie von Palstam et al. (2018)*

Studienbereich	Inhalte
Studienziel	Die Forschenden der Studie von Palstam et al. (2018) wollten untersuchen, wie Menschen nach einem Schlaganfall die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfuhren und wie ihre Arbeitssituation 7 bis 8 Jahre nach dem Schlaganfall war.
Design	Explorativ qualitatives Design
Stichprobe	Die Teilnehmenden wurden im Rahmen der Extended Stroke Arm Längsschnittstudie an der Universität von Göteborg rekrutiert. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"><li>• Erwerbsfähigkeit (unter 65 Jahren)</li><li>• Schlaganfall in den Jahren 2009-2010 (7-8 Jahre Post-Stroke)</li><li>• Behandlung im Sahlgrenska Universitätsspital in Göteborg, Schweden</li><li>• Rückkehr an den Arbeitsplatz</li><li>• Wohnhaft in der städtischen Umgebung von Göteborg</li></ul>

Studienbereich	Inhalte
	n = 13 Teilnehmende (5 Frauen / 8 Männer) (9 ischämisch / 4 hämorrhagisch)
Datenerhebung	Semistrukturierte Interviews: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40-90 Minuten</li> <li>• Durchgeführt von Erstautorin (Physiotherapeutin)</li> <li>• Offenen Fragen, erstellt in Zusammenarbeit mit der schwedischen Schlaganfallvereinigung, getestet an Forschungspartnern</li> <li>• Aufgenommen und transkribiert</li> </ul>
Datenanalyse	Analyseverfahren nach Braun & Clarke (2006): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transkripte von zwei Forschenden durchgelesen</li> <li>• Zuerst separat, dann gemeinsam kodiert</li> <li>• Mögliche Themengebiete von allen drei Forschenden definiert</li> <li>• Datensättigung beim 13. Interview erreicht</li> </ul> Die Teilnehmenden wurden nach dem Analyseverfahren eingeladen und die Ergebnisse wurden präsentiert und diskutiert, um Missverständnisse ausschliessen zu können.
Resultate	<u>Barrieren:</u> Unsicherheiten bei den Folgen des Schlaganfalls, Aufmerksamkeit, arbeitsbezogener Stress und Umfeld <u>Unterstützungsfaktoren:</u> Motivation: Rückkehr in die Normalität, schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz, Anpassungen an Arbeitszeit / Aufgaben

#### 4.3.2. Kritische Würdigung

Der **Zweck** der Studie ist von den Forschenden deutlich definiert. Das Thema und die Argumentation dazu werden durchgehend mit Literatur gestützt. Das Ziel ist am Ende der Einleitung klar aufgeführt.

Die Forschenden wählten ein explorativ qualitatives **Studiendesign** mit Interviews, was für die Bearbeitung der Forschungsfrage nachvollziehbar ist. Es wurde eine induktive thematische Analyse durchgeführt, welche dem realistischen oder essentialistischem Paradigma zugeordnet werden kann.

Die **Stichprobe** wurde zielgerichtet aus einer bestehenden Studie ausgewählt, was dem qualitativen Design entspricht. Die Teilnehmenden mussten in den ersten Arbeitsmarkt zurückgekehrt sein, was eine wichtige Teilgruppe für die Beantwortung der Fragestellung exkludiert. Weiter müssen die Teilnehmenden im städtischen Raum von Göteborg wohnhaft sein. Dieses Einschlusskriterium ist nicht ausreichend begründet und wirkt für die Verfasserinnen der Bachelorarbeit nicht nachvollziehbar. Die Stichprobengrösse wird für eine qualitative Studie als eher klein angesehen.

Die **Datenerhebung** wurde mittels individuellen Interviews durchgeführt, welches als passende Methode für das Erfassen von Erfahrungen wahrgenommen wird. Die Triangulierung der Methoden ist aufgrund nur einer Methode nicht ausreichend. Die Forschenden stellen den semistrukturierten Interviewguide in einer Darstellung vor und erzeugen damit Transparenz. Dieser wurde in Zusammenarbeit mit der schwedischen Schlaganfallvereinigung erstellt, was den Verfasserinnen als äusserst sinnvoll erscheint. Nach 13 Interviews wurden keine neuen relevanten Aspekte erfasst und die Datensättigung wurde von den Forschenden angenommen. Die regionale Ethikkommission von Göteborg hat die Studie akzeptiert.

Die **Datenanalyse** erfolgte nicht nach einem spezifischen Analyseverfahren. Diese ist jedoch nachvollziehbar beschrieben. Zum Kodierungsprozess stellten die Forschenden ebenfalls eine Tabelle bereit und förderten somit die Transparenz der Vorgehensweise. Bei der Datenanalyse waren immer mindestens zwei Forschende beteiligt. Von den Verfasserinnen wurde als besonders gut erachtet, dass die Teilnehmenden abschliessend eingeladen wurden, um die Ergebnisse zu prüfen, was die Glaubwürdigkeit erhöht.

Die **Ergebnisse** wurden vier Kategorien zugeteilt und mit passenden Zitaten untermauert. Aufgrund des Sättigungsprinzips konnte sichergestellt werden, dass die Resultate in Bezug auf diese Population vollständig sind und das Ziel der Studie wurde erreicht.

In der **Diskussion** werden alle Ergebnisse übersichtlich zusammengetragen und es wird auf die Stärken und Schwächen der Studie eingegangen. Zudem werden die Resultate der Studie mit bereits vorhandener Literatur verglichen.

#### 4.4. Hauptstudie 4, Törnбом et al. (2019)

##### 4.4.1. Zusammenfassung der Studie

###### Tabelle 8

*Zusammenfassung der Studie von Törnбом et al. (2019)*

Studienbereich	Inhalte
Studienziel	Törnбом et al. (2019) versuchten zu verstehen, wie die Teilnahme im Alltag von Personen im erwerbsfähigen Alter 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall erlebt wurde und wie sie ihre eigene Partizipation reflektierten.

Studienbereich	Inhalte
Design	Qualitatives Design mit thematisch-analytischer Methode
Stichprobe	Die Teilnehmenden wurden im Rahmen der Extended Stroke Arm Längsschnittstudie an der Universität von Göteborg rekrutiert. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwerbsfähigkeit (unter 65 Jahren)</li> <li>• Schlaganfall in den Jahren 2009-2010 (7-8 Jahre Post-Stroke)</li> <li>• Erster Schlaganfall gemäss ICD</li> <li>• Wohnhaft 35 Kilometer Umkreis Sahlgrenska Universitätsspital</li> <li>• Gute sprachliche und kognitive Fähigkeiten</li> </ul> n = 11 Teilnehmende (4 Frauen / 7 Männer)
Datenerhebung	Semistrukturierte Interviews; <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35-65 Minuten</li> <li>• Alle Interviews durchgeführt von der Erstautorin</li> <li>• Offenen Fragen, erstellt in Zusammenarbeit mit der schwedischen Schlaganfallvereinigung, getestet an Forschungspartnern</li> <li>• Teilnehmende wurden ermutigt, narrativ zu erzählen</li> <li>• Setting: ruhiger Raum in der Sahlgrenska Academy</li> <li>• Aufgenommen und transkribiert</li> </ul>
Datenanalyse	Analyseverfahren nach Braun und Clarke (2006): → induktive thematische Analyse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transkripte wurden in das qualitative Datenanalyseprogramm NVivo importiert und sortiert</li> <li>• Kategorien und Unterkategorien identifiziert und verfeinert</li> <li>• Einteilung mit allen Forschenden diskutiert für Validität</li> </ul>
Resultate	<u>Barrieren:</u> Arbeitsplatzwechsel aufgrund der Einschränkungen, arbeitsbezogener Stress, Müdigkeit und verminderte Auffassungsgabe <u>Unterstützungsfaktoren:</u> Zurück zur Normalität, Bewusstsein für mentale und körperliche Signale, sowie Freude bei der Arbeit als Karrieregedanke

#### 4.4.2. Kritische Würdigung

Der **Zweck** der Studie wird erkennbar aufgezeigt. Die Relevanz der Studie wird begründet, es werden jedoch einige Studien erwähnt, welche sich bereits mit dieser Thematik und angetroffenen Hindernissen und Folgen auseinandergesetzt haben. Die Forschungsfrage wurde klar definiert.

Ein qualitatives **Studiendesign** mit einer thematisch-analytischen Vorgehensweise wird verwendet und ist nachvollziehbar.

Die **Stichprobe** wurde gezielt aus einer Langzeitstudie ausgewählt, genaueres ist nicht beschrieben. Es wurden nur Betroffene inkludiert, welche innerhalb von 35 Kilometer Umkreis lebten und in den Arbeitsmarkt zurückgekehrt sind. Diese Kriterien werden nicht begründet und sind für die Verfasserinnen nicht vollumfänglich verständlich. Ebenfalls werden Betroffene mit zu starken kognitiven

oder sprachlichen Einschränkungen exkludiert, obwohl sie ein wichtiger Bestandteil der Population sind. Die Grösse der Stichprobe fällt für eine qualitative Studie eher klein aus, zudem wird nicht beschrieben, weshalb sich vier Teilnehmende nach anfänglichem Interesse zurückzogen.

Die **Datenerhebung** erfolgte durch ein individuelles Interview und ist nachvollziehbar aufgezeigt. Der Interviewguide wurde in Zusammenarbeit mit der Schwedischen Schlaganfallvereinigung erstellt und geprüft, jedoch nicht veröffentlicht was nicht zur Transparenz beiträgt. Es wird keine weitere Methode zur Datenerhebung verwendet und somit ist die Triangulierung nicht gegeben. Die Datensättigung wird von den Forschenden nicht angesprochen und wird von den Verfasserinnen kritisiert. Die Studie wurde durch einen Zusatzantrag von der Ethikkommission genehmigt.

Die **Datenanalyse** wird nachvollziehbar beschrieben. Die Daten wurden mittels einer induktiven thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) analysiert, was in der qualitativen Forschung eine weitverbreitete Methode ist. Zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit wurde die Zuteilung mit allen beteiligten Forschenden diskutiert. Der Kodierungsprozess wird zudem mit einer Abbildung verdeutlicht, was dem Verständnis hilft.

Bei den **Ergebnissen** sind die Hauptkategorien klar definiert. Die Aussagen werden mit mehrheitlich passenden Zitaten verdeutlicht und sind empirisch verankert.

In der **Diskussion** wird das Phänomen von den Forschenden nochmals kompakt dargestellt, um auf die Forschungsfrage Bezug zu nehmen. Die Forschungsfrage wird durch die Ergebnisse beantwortet. Die Resultate der Studie werden anhand weiterer Literatur verglichen. Ein Praxistransfer wird angemessen hergeleitet.

## 4.5. Hauptstudie 5, Vestling et al. (2013)

### 4.5.1. Zusammenfassung der Studie

#### Tabelle 9

##### *Zusammenfassung der Studie von Vestling et al. (2013)*

Studienbereich	Inhalte
Studienziel	Vestling et al. (2013) hatten zum Ziel, das Verständnis gegenüber den Gedanken und Erfahrungen von Menschen, die nach einem Schlaganfall an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, zu steigern.

Studienbereich	Inhalte
Design	Phänomenologische Studie mit qualitativer Vorgehensweise
Stichprobe	Ergotherapierende und Sozialarbeitende haben mögliche Teilnehmenden eingeschlossen. Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnhaft in schwedischer Provinz «Skåne»</li> <li>• Erwerbsfähiges Alter (unter 65 Jahren)</li> <li>• Erlitten den ersten Schlaganfall</li> <li>•kehrten zur Arbeit zurück</li> </ul> n = 12 Teilnehmende (4 Frauen / 8 Männer) (10 ischämisch / 2 hämorrhagisch) Um eine gewisse Vielfältigkeit der Stichprobe zu erreichen wurden unterschiedliche Stärken von Betroffenheit in folgenden Bereichen eingeschlossen: Laufen, kognitive Einschränkungen und Profession.
Datenerhebung	Semistrukturierte Interviews: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 45-90 Minuten</li> <li>• Geführt von der Erstautorin (Ergotherapeutin)</li> <li>• Fragen von erfahrenem Rehabilitationsteam zusammengestellt</li> <li>• Befragungszeitpunkt zwischen drei Wochen und acht Monaten nach RTW oder Arbeitstraining</li> <li>• Aufgenommen und transkribiert</li> </ul> Niemand war zum Befragungszeitpunkt zur Arbeitsstundenanzahl wie vor dem Schlaganfall zurückgekehrt.
Datenanalyse	Analyseverfahren nach Graneheim und Lundman (2004) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transkripte gelesen und mit Notizen versehen</li> <li>• Aussagen gleicher Bedeutung gruppiert, kodiert und anschliessend in Forschungsgruppe diskutiert</li> <li>• Erstellte Einheiten in übergeordnete Kategorien eingeordnet</li> <li>• Interpretationen anschliessend wieder diskutiert</li> </ul>
Resultate	<u>Barrieren:</u> Rollstuhlgebrauch, Feinmotorik und Fatigue <u>Unterstützungsfaktoren:</u> Technische Hilfen und physikalische Anpassungen, individuelle Kreativität für Bewältigungsstrategien, starker Wille als vorteilhafte Charaktereigenschaft und Unterstützung durch Arbeitskollegen und Arbeitgeber

#### 4.5.2. Kritische Würdigung

Der **Zweck** der Studie wurde in der Einleitung nachvollziehbar und literaturbasiert begründet. Die herausgearbeitete Fragestellung wird am Ende der Einleitung verständlich und nachvollziehbar dargestellt.

Es wäre wünschenswert gewesen, wenn das **Studiendesign** von den Forschenden ausführlicher begründet und beschrieben wäre.

Die **Stichprobe** ist in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt und es werden angemessene Einschlusskriterien festgelegt. Einzig das Kriterium mit den nur in der Provinz Skåne lebenden Personen wird kritisiert, da die Studie nur einen kleinen

Teil von Schweden repräsentiert. Daraus ergibt sich eine eher kleine Stichprobe. Dropouts wurden genannt beeinflussen die Ergebnisse jedoch nicht. Durch das Einschliessen von unterschiedlicher Betroffenheit in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten, der Fortbewegung sowie verschiedenen beruflichen Ausrichtungen wird eine heterogene Gruppe von Personen einbezogen.

Die semi-strukturierten Interviews wurden als passende Methode für die **Datenerhebung** ausgewählt. Die Befragung durch die Erstautorin wird kritisiert, da sie die Teilnehmenden von deren Rehabilitationsprozess kannte. Durch die Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Rehabilitationsteam bei der Erarbeitung der Interviewfragen wurden viele wichtige Aspekte abgedeckt, jedoch wäre es angemessen gewesen zu erwähnen weshalb diese Personengruppe als erfahrenes Team zählt. Zum Thema Datensättigung äussern sich die Forschenden nicht, was kritisiert wird. Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt.

Die **Datenanalyse** wurde genau beschrieben. Sie beziehen sich dabei auf Graneheim und Lundman (2004), was präzise und daher glaubwürdig beschrieben wird. Es wird jedoch nicht ausführlich begründet, weshalb ein Industriedesigner die Transkripte kodiert. Die Glaubwürdigkeit wird durch das Teilnehmen von drei Personen an der Kodierung gesteigert.

Die **Ergebnisse** zeigen die Reichhaltigkeit der Daten auf und beleuchten viele verschiedene Aspekte des oben beschriebenen Problems. Zur Verdeutlichung der Ergebnisse werden passende Zitate eingesetzt, um die Aussagen zu untermauern. Die Kategorien werden kurz erklärt aufgrund der Gruppierungen der Daten, es wird jedoch nicht genauer auf die Begründung der Zuteilung eingegangen. Zum Teil fanden wenige Wiederholungen der Aussagen in den unterschiedlichen Kapiteln statt.

Das Phänomen sowie die gefundenen Barrieren und Unterstützungsfaktoren der Studie werden durch das Zusammenfügen der Ergebnisse mit bereits vorhandener Literatur im **Diskussionsteil** verdeutlicht. Die Forschenden reflektierten die Limitationen ihrer Studie ausführlich und zufriedenstellend.

## 4.6. Ergebniseinteilung in die ICF

Nachfolgend werden die Ergebnisse der oben aufgeführten Hauptstudien in die verschiedenen Kapitel beziehungsweise Verzweigungsebenen der ICF eingeordnet. Zuerst folgt in Tabelle 10 die Einteilung der Barrieren und anschliessend in Tabelle 11 die der Unterstützungsfaktoren. Durch Mehrfachnennung wird eine Gewichtung der Barriere beziehungsweise Unterstützungsfaktoren ersichtlich. Im Anschluss an die jeweiligen Tabellen sind die identifizierten Ergebnisse im Fliesstext ausformuliert. In den nachfolgenden Fliesstexten wird nicht auf alle Faktoren eingegangen, sondern es findet teilweise eine Priorisierung statt. Kapitel und Verzweigungsebenen, bei denen keine Ergebnisse genannt wurden, werden im nachfolgenden Text nicht aufgeführt.

#### 4.6.1. Barrieren eingeteilt in die ICF

**Tabelle 10**

*Identifizierte Barrieren bei der Arbeitsreintegration eingeteilt in die ICF*

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törnbohm et al. (2019)	Vestling et al. (2013)
Körperfunktionen	Mentale Funktionen	B114 – Funktionen der Orientierung					
		B126 – Funktionen von Temperament und Persönlichkeit					
		B130 – Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes					
		B140 – Funktionen der Aufmerksamkeit					
		B144 – Funktionen des Gedächtnisses					
		B156 – Funktionen der Wahrnehmung					
		B160 – Funktionen des Denkens					
		B164 – Höhere Kognitive Funktionen					
		B180 – Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen					
	Stimm- und Sprechfunktionen	B310 - Funktionen der Stimme					
		B320 - Artikulationsfunktion					
		B330 – Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus					
	Neuromuskuloskeletale und Bewegungs-bezogene Funktionen	B7 – Funktionen der Gelenke, Knochen, Muskeln, Bewegung					
Körperstrukturen	Strukturen des Nervensystems	S110 – Strukturen des Gehirns					
	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	S799 - Strukturen im Zusammenhang mit der Bewegung, nicht näher bezeichnet					

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törnbom et al. (2019)	Vestling et al. (2013)
Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Lernen und Wissensanwendung	D160 – Aufmerksamkeit fokussieren					
		D177 – Entscheidungen treffen					
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D210 – Einzelaufgaben übernehmen					
		D220 – Mehrfachaufgaben übernehmen					
		D240 – Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen					
	Mobilität	D430-449 – Gegenstände tragen, bewegen und handhaben					
		D450-469 – Gehen und sich fortbewegen					
		D470 – Transportmittel benutzen					
		D475 – Ein Fahrzeug fahren					
	Häusliches Leben	D630-649 - Haushaltsaufgaben					
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	D740 – Formelle Beziehungen					
	Bedeutende Lebensbereiche	D845 – Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden					
		D870 – Wirtschaftliche Eigenständigkeit					
	Gemeinschafts- Soziales und staatsbürgerliches Leben	D920 – Erholung und Freizeit					
		D930 – Religion und Spiritualität					
	Umweltfaktoren	Produkte und Technologien	E115 – Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben				
E120 – Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draussen und zum Transport							
		E310 – Engster Familienkreis					

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törnbohm et al. (2019)	Vestling et al. (2013)	
	Unterstützung und Beziehungen	E315 – Erweiterter Familienkreis						
		E320 – Freunde						
		E325 – Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder						
		E330 – Autoritätspersonen						
		E340 – Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen						
		E355 – Fachleute der Gesundheitsberufe						
	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze Einstellungen	E580 – Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens						
		E410 – Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises						
		E415 – Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises						
		E420 – Individuelle Einstellungen von Freunden						
		E425 – Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitgliedern						
		E430 – Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen						
		E440 – Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen						
		E455 – Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe						
		Personen bezogene Faktoren	Lebensstil					
			Werte					

Note. Rote Felder bedeuten, dass die Studie zur Verzweigungsebene mindestens eine Barriere im ICF identifiziert hat.

Personenbezogene Faktoren sind aufgrund von nicht erwähnen von Barrieren in den Hauptstudien in keiner Spalte markiert.

## **Körperfunktionen**

### Mentale Funktionen

Gemäss Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) werden kognitive Einschränkungen beim RTW als Barriere erlebt (b114; b140; b144; b156; b160)<sup>1</sup>. Zu diesen Einschränkungen gehören Verschlechterung des Arbeitsgedächtnis, und Aufmerksamkeitsprobleme (Hartke et al., 2011; Törnbohm, Lundälv, & Sunnerhagen, 2019; Vestling et al., 2013) (b140; b144).

Für viele der Teilnehmenden ist es nach Hartke et al. (2011) schwierig, die Einschränkungen zu akzeptieren und dies beeinflusst ihre Perspektive auf die Arbeit. Individuelle Unsicherheit habe zudem negative Auswirkungen auf die Rückgewinnung des Selbstvertrauens (Hartke et al., 2011; Vestling et al., 2013). (b126)

Unter Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs wurden einige hindernde Faktoren im Arbeitsprozess erkannt. Laut Palstam et al. (2018) führten falsche Prognosen des Gesundheitspersonals zu Frustration. Die Unsicherheit aufgrund nicht beeinflussbarer Umstände ist aus Sicht von Vestling et al. (2013) bei den Teilnehmenden gross gewesen. Gemäss Hartke et al. (2011), Palstam et al. (2018), Törnbohm et al. (2019) und Vestling et al. (2013) ist fehlende Energie aufgrund von Fatigue\* eine Problematik mit negativen Folgen für den gesamten Alltag. Die Teilnehmenden der Studie von Gard et al. (2019) postulierten, dass sie einen ganzheitlichen Therapieansatz benötigten, um im Alltag zurechtzukommen, was häufig nicht der Fall war. (b130)

Nach Törnbohm et al. (2019) ist der Umgang mit den Folgen des Schlaganfalls für die Teilnehmenden ein schwieriger Prozess, bei dem die Betroffenen sich ihren Limitationen bewusstwerden, diese im Team kommunizieren und anschliessend Lösungen finden mussten. (b164; b180)

### Stimm- und Sprechfunktionen

Laut Hartke et al. (2011) und Törnbohm et al. (2019) wurden Wortfindungsstörungen sowie andere sprachliche Einschränkungen als frustrierend und beschämend

---

<sup>1</sup> Im folgenden Text wird die dazugehörige Verzweigungsebene anhand der ICF-Kodierung in Verbindung gebracht. Wenn die Kodierung am Ende eines Satzes steht, bezieht sich diese nur auf die davor geschriebene Aussage. Die Kodierung am Ende eines Abschnitts meint, dass der ganze obere Absatz zu dieser Verzweigungsebene zählt.

empfunden. Die Betroffenen seien in der Kommunikation mit den Arbeitgebenden und Mitarbeitenden eingeschränkt. (b310; b320; b330)

### Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Physische Einschränkungen wie Hemiparesen\*, Spastik\* und andere Mobilitätseinschränkungen wurden gemäss Hartke et al. (2011) als Barrieren beschrieben. (b7)

## **Körperstrukturen**

### Strukturen des Nervensystems

Aus den Studien von Hartke et al. (2011), Palstam et al. (2018) und Törnbohm et al. (2019) wurden unter den Strukturen des Gehirns kognitive Einschränkungen, Beeinträchtigung der visuellen Wahrnehmung, sprachliche Barrieren und Fatigue zusammengefasst. (s110)

### Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen

Bereits unter den Körperfunktionen erwähnte Faktoren wie Handparesen und Spastik, die in der Studie von Hartke et al. (2011) als Barrieren identifiziert wurden, haben ebenfalls einen Einfluss auf die Bewegungsausführung. Aus Sicht von Vestling et al. (2013) ist die eingeschränkte Feinmotorik als grosse Herausforderung anzusehen. (s799)

## **Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)**

### Lernen und Wissensanwendung

Sich nach einer Unterbrechung wieder auf eine Arbeitsaufgabe zu konzentrieren, ist nach Palstam et al. (2018) als äusserst zeitaufwendig erlebt worden. Weiter wurde Ablenkung durch Lärm, Arbeitskollegen und Kunden als Schwierigkeit beim RTW benannt. Sich zeitgleich auf mehrere Aufgaben oder Probleme zu fokussieren, ist gemäss Vestling et al. (2013) herausfordernd. (d160)

### Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Als negativer Einflussfaktor werde das Nichterfüllen der Bedürfnisse von Arbeitgebenden und Mitarbeitenden in Bezug auf Anforderungen der Arbeitsaufgaben angesehen (Palstam et al., 2018). Besondere Schwierigkeiten machten feinmotorische Tätigkeiten, welche allein oder nur mit wenig Hilfe anderer bewältigt werden konnten (Vestling et al., 2013). Nach Hartke et al. (2011) stellen die Auswirkungen einer Handparese auf die Arbeitsdurchführung eine Problematik dar. Die oft geforderte hohe Effizienz, beispielsweise beim Tastaturschreiben oder anderem, sei aufgrund der Spastik nicht erbracht worden. (d210; d220)

Zu viel Stress am Arbeitsplatz hat laut Palstam et al. (2018) zu Symptomen wie während dem Ereignis geführt und hat die Angst erneut einen Schlaganfall zu erleiden erhöht. Stress habe zudem Gefühle wie Frustration und Erniedrigung bei den Teilnehmenden der Studie von Vestling et al. (2013) ausgelöst und sei durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst worden. Einerseits ist aus Sicht von Gard et al. (2019) die verfrühte Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem Schlaganfall eine grosse Barriere mit negativen Effekten. Andererseits sei die hohe Erreichbarkeit und kompetitive Arbeit als zu stressig empfunden worden (Palstam et al., 2018). Gemäss Törnbohm et al. (2019) mussten einige Teilnehmende den Arbeitsplatz aufgrund von zu viel Stress oder fehlenden Anpassungen bei den Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben von Seiten der Arbeitgebenden verlassen. (d240)

### Mobilität

Nach Gard et al. (2019) ist der Transport an den Arbeitsplatz von denen, die noch keine Fahreignung oder keinen Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln haben und für diejenigen, welche weite Distanzen zurücklegen eine Barriere. Manche Teilnehmende der Studie hätten die Fahreignung, jedoch nach der Arbeit nicht mehr die Energie, um nach Hause zu fahren. (d470; d475)

Gemäss Vestling et al. (2013) ist der Rollstuhlgebrauch am Arbeitsplatz als Barriere in Bezug auf die Erreichbarkeit von Objekten und beim Sozialisieren mit Mitarbeitenden wahrgenommen worden (d450-469). Beim Gehen, sich Fortbewegen und Gegenstände Tragen wurden durch Spastik, Paresen sowie nicht

näher bezeichnete Fortbewegungsprobleme Einschränkungen bei physisch anspruchsvolleren Berufen genannt (Hartke et al., 2011) (d430-449; d450-469).

### Häusliches Leben

Gemäss Gard et al. (2019) besteht ein Mangel an Hilfe bei Haushalt und Kinderbetreuung. Dies habe einen negativen Einfluss auf die Energie, welche in der Folge bei der Arbeit fehle. (d630-649)

### Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

Formelle Beziehungen mit Autoritätspersonen und Gleichrangigen im Hinblick auf die soziale Interaktion aufrecht zu erhalten, wurde gemäss Hartke et al. (2011) aufgrund von Sprachproblemen und laut Palstram et al. (2018) wegen Fatigue als Einschränkung beschrieben. Die Teilnehmenden seien gezwungen, sich auf Arbeitsaufgaben zu konzentrieren, was es ihnen verunmögliche genügend Energie für die soziale Interaktion aufzubringen. (d740)

### Bedeutende Lebensbereiche

Eine neue Arbeit zu erhalten, wird nach Hartke et al. (2011) als herausfordernd angesehen, einerseits aufgrund bleibender Einschränkungen, welche von den möglichen Arbeitgebenden negativ aufgefasst würden und andererseits aus der Perspektive der Betroffenen bezüglich ihrer Unsicherheit zum Thema Regeneration nach dem Schlaganfall. (d845)

Gemäss Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) gelten ausserdem finanzielle Aspekte als Stressoren. Versicherungen zahlten bei Arbeitsunfähigkeit weniger Geld, diese finanziellen Einbussen wollten Betroffene nach Hartke et al. (2011) und Palstam et al. (2018) trotz vermehrtem Stress bei der Arbeitsrückkehr nicht eingehen. Für gewisse Teilnehmende der Studie von Törnbohm et al. (2019) habe aber das Vermeiden von Stress einen höheren Stellenwert, was zu finanziellen Einbussen führte. (d870)

### Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Mangelnde Erholung und fehlende Freizeitbeschäftigungen neben der Arbeitstätigkeit sind laut Palstam et al. (2018) und Törnbohm et al. (2019) negative

Einflussfaktoren. Freizeitaktivitäten sind ausserdem gemäss Vestling et al. (2013) ebenfalls abhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Teilnehmenden. (d920)

## **Umweltfaktoren**

### Produkte und Technologien

In Bezug auf die Erreichbarkeit der Räumlichkeiten und die Sozialisierung mit den Mitarbeitenden ist nach Vestling et al. (2013) der Rollstuhlgebrauch am Arbeitsplatz als Barriere wahrgenommen worden. (e120)

### Unterstützung und Beziehung

Angehörige wie Familie und Freunde sowie Fachleute im Gesundheitswesen und zur persönlichen Hilfe sind gemäss Hartke et al. (2011) je nach Teilnehmende auch als Barriere identifiziert worden (e310; e315; e320; e325; e340; e355). Vereinzelt habe der Arbeitgebende die Betroffenen so behandelt, als ob der Schlaganfall nie geschehen sei, was negativ aufgefasst wurde (Gard et al., 2019; Hartke et al., 2011) (e330). Laut Törnbohm et al. (2019) mussten zudem einzelne Mitwirkende der Studie den Arbeitsplatz wechseln aus Gründen wie Überforderung bei Nachtschichten, Stress am Arbeitsplatz und fehlenden Adaptationen (e325, e330). Nach Gard et al. (2019) besteht ein Mangel an psychosozialer Unterstützung, welche aber bei den Teilnehmenden als ein sehr wichtiger Aspekt angesehen wurde (e340; e355). Gemäss Palstam et al. (2018) und Vestling et al. (2013) wurden Vollzeitassistenten und Supervisoren aber als nicht notwendig oder entmutigend empfunden (e340).

### Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Laut Gard et al. (2019) wurden im Bereich Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens ein Mangel an regelmässigen Verlaufskontrollen und ungenügende Kommunikation zwischen verschiedenen Organisationen wie Spital, Rehabilitationszentrum, ambulante Therapien und Sozialversicherungen identifiziert. Auch Hartke et al. (2011) äussern Probleme im Umgang mit verschiedenen Organisationen sowie deren Bürokratie, welche als errichtete Hindernisse auf dem Weg zu benötigten Ressourcen beschrieben

werden. Wissen und Zugang zu Arbeitstherapierenden sei bei den Teilnehmenden der Studie unterschiedlich gewesen. (e580)

### Einstellungen

Individuelle Einstellung unterschiedlicher Personen aus dem privaten oder arbeitsbezogenen Umfeld sei ein zu beachtender Faktor bei der Studie von Hartke et al. (2011) und habe den Arbeitsreintegrationsprozess des Betroffenen negativ beeinflusst. Zu diesem Umfeld gehören gemäss Harte et al. (2011) Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen, persönliche Hilfs- und Pflegepersonen und Fachleute der Gesundheit (e410; e415; e420; e425; e440; e450). Diskriminierende Reaktionen von Autoritätspersonen sowie Mitarbeitenden besonders gegenüber Betroffenen mit auffallenden Defiziten wie Aphasie seien vor allem an neuen Arbeitsplätzen nachgewiesen worden (e425; e430).

#### 4.6.2. Unterstützungsfaktoren eingeteilt in die ICF

**Tabelle 11**

*Identifizierte Unterstützungsfaktoren bei der Arbeitsreintegration eingeteilt in die ICF*

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törn-bom et al. (2019)	Vestling et al. (2013)	
Körperfunktionen	Mentale Funktionen	B114 – Funktionen der Orientierung						
		B126 – Funktionen von Temperament und Persönlichkeit						
		B130 – Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes						
		B140 – Funktionen der Aufmerksamkeit						
		B144 – Funktionen des Gedächtnisses						
		B156 – Funktionen der Wahrnehmung						
		B160 – Funktionen des Denkens						
		B164 – Höhere Kognitive Funktionen						
		B180 – Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen						
	Neuromuskuloskeletale und Bewegungs-bezogene Funktionen	B7 – Funktionen der Gelenke, Knochen, Muskeln, Bewegung						
		Stimm- und Sprechfunktionen	B310 - Funktionen der Stimme					
			B320 - Artikulationsfunktion					
	B330 – Funktionen des Redeflusses und Sprechrhythmus							
Körper-struktu-ren	Strukturen des Nervensystems	S110 – Strukturen des Gehirns						
	Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	S799 - Strukturen im Zusammenhang mit der Bewegung, nicht näher bezeichnet						

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törn-bom et al. (2019)	Vestling et al. (2013)
Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Lernen und Wissensanwendung	D160 – Aufmerksamkeit fokussieren					
		D177 – Entscheidungen treffen					
	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D210 – Einzelaufgaben übernehmen					
		D220 – Mehrfachaufgaben übernehmen					
		D240 – Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen					
	Mobilität	D430-449 – Gegenstände tragen, bewegen und handhaben					
		D450-469 – Gehen und sich fortbewegen					
		D470 – Transportmittel benutzen					
		D475 – Ein Fahrzeug fahren					
	Häusliches Leben	D630-649 - Haushaltsaufgaben					
	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	D740 – Formelle Beziehungen					
	Bedeutende Lebensbereiche	D845 – Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden					
		D870 – Wirtschaftliche Eigenständigkeit					
	Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben	D920 – Erholung und Freizeit					
		D930 – Religion und Spiritualität					
	Umweltfaktoren	Produkte und Technologien	E115 – Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben				
E120 – Produkte und Technologien zur persönlichen Mobilität drinnen und draussen und zum Transport							
		E310 – Engster Familienkreis					

Komponente	Domäne	Verzweigungsebene	Gard et al. (2019)	Hartke et al. (2011)	Palstam et al. (2018)	Törn-bom et al. (2019)	Vestling et al. (2013)
	Unterstützung und Beziehungen	E315 – Erweiterter Familienkreis					
		E320 – Freunde					
		E325 – Bekannte, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder					
		E330 – Autoritätspersonen					
		E340 – Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen					
		E355 – Fachleute der Gesundheitsberufe					
	Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze Einstellungen	E580 – Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens					
		E410 – Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises					
		E415 – Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises					
		E420 – Individuelle Einstellungen von Freunden					
		E425 – Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitgliedern					
		E430 – Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen					
		E440 – Individuelle Einstellungen von persönlichen Hilfs- und Pflegepersonen					
		E455 – Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe					
	Personen bezogene Faktoren	Lebensstil					
Werte							

Note. Die grün hinterlegten Felder bedeuten, dass die Studie in dieser Spalte mindestens einen Unterstützungsfaktor zu der Verzweigungsebene in der ICF identifiziert hat

## **Körperfunktionen**

### Mentale Funktionen

Eine Erfüllung durch die Arbeit wurde laut Hartke et al. (2011) erfahren, wenn die Einstellung zur Arbeit bereits vor dem Schlaganfall positiv erlebt wurde. (b126) Unter den Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs konnten motivierende Faktoren im Arbeitsprozess zusammengefasst werden. Gemäss Palstam et al. (2018) und Vestling et al. (2013) wurde Arbeit mehrheitlich als bedeutungsvoll und als Möglichkeit in die Normalität zurückzukehren, sowie in sozialen Kontakt zu treten benannt. Zudem sei die Dankbarkeit der Teilnehmenden über eine zweite Chance im Leben sowie bei der Arbeit gross gewesen (Palstam et al., 2018). Dabei seien ein starker Wille und Leidenschaft als vorteilhafte, unabdingbare Charaktereigenschaften beschrieben worden (Hartke et al., 2011; Vestling et al., 2013). Das nicht Eintreffen von falschen negativen Prognosen des Gesundheitspersonals habe zu erhöhter Zufriedenheit geführt (Palstam et al., 2018). (b130)

Die individuelle Kreativität der Betroffenen sei bei der Verbesserung der Funktionen des Gedächtnisses wichtig für die Adaption von Arbeitsaktivitäten, wie beispielsweise Checklisten, Erinnerungsnotizen oder Audiosignale (Törnbohm et al., 2019; Vestling et al., 2013) (b144; b164). Nach Hartke et al. (2011) förderten verschiedene positive Bewältigungsstrategien, wie kleine Verbesserungen zu feiern und ein funktionierendes Problemlöseverhalten, die Aufgabenbewältigung (B164). Das Bewusstsein für die Wichtigkeit von Erholung und Erkennung von Körpersignalen sowie die Akzeptanz für eingeschränkte Funktionen seien ausschlaggebende Faktoren für eine erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsalltag gewesen (Gard et al., 2019; Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Törnbohm et al., 2019). (b180)

## **Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)**

### Lernen und Wissensanwendung

Um Fehler vorzubeugen, soll gemäss Vestling et al. (2013) Multitasking vermieden werden (d160). Wenn das Level an Multitasking für die Arbeitnehmenden zu hoch war und zu Verwirrung sowie Unsicherheit führte, sei es zur Delegation von

Aufgaben und der Akzeptierung einer untergeordneten Arbeitsrolle gekommen (Palstam et al., 2018) (d177).

### Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Bekanntes Arbeitsambiente sowie geläufige Einzel- und Mehrfachaufgaben haben gemäss Hartke et al. (2011) sowie Vestling et al. (2013) einen positiven Einfluss auf die Arbeitsreintegration von Menschen nach einem Schlaganfall. (d210; d220)

Die Flexibilität der Verantwortlichen für Anpassungen am Arbeitsplatz, der Aufgabenbereiche sowie Verantwortungsbereiche und die schrittweise Erhöhung der Arbeitsstunden sei als Unterstützungsfaktor identifiziert worden (Gard et al., 2019; Hartke et al. 2011; Palstam et al., 2018; Törnbohm et al., 2019; Vestling et al., 2013). Weiter sei es hilfreich, wenn die Arbeitnehmenden Arbeitsprozesse und Arbeitsabläufe selbst bestimmen konnten, um Druck zu minimieren (Palstam et al., 2018; Törnbohm et al., 2019; Vestling et al., 2013). Wenn dies nicht möglich war, gründeten Teilnehmende laut Palstam et al. (2018) einen bei finanziellen Möglichkeiten eigenen Betrieb, um die Verantwortung sowie Arbeitsbelastung selbst zu bestimmen. (d240)

### Bedeutende Lebensbereiche

Um eine Arbeit zu erhalten oder zu behalten wurden gemäss Hartke et al. (2011) Arbeitstherapierende als hilfreich empfunden, da sie wertvolle Tipps im Umgang mit bleibenden Einschränkungen vermittelten (d845). Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) sagen, dass finanzielle Aspekte motivierende Einflüsse haben können (d870).

### Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Kleine Pausen, flexible Arbeitsbedingungen wie Homeoffice, Erholung und viel Schlafen vor sowie nach der Arbeit wurden gemäss Törnbohm et al. (2019) als mögliche Unterstützungsfaktoren definiert. (d920)

In Bezug auf die Religion und Spiritualität erwähnte Hartke et al. (2011), dass das Vertrauen in den Glauben als Bewältigungsstrategie angesehen wurde, wenn dies für die betroffene Person auch nach dem Schlaganfall von Wichtigkeit war. (d930)

## **Umweltfaktoren**

### Produkte und Technologien

Nach Vestling et al. (2013) wurden technische Hilfen und physikalische Anpassungen am Arbeitsplatz von den Personen nach einem Schlaganfall geschätzt. (e115)

### Unterstützung und Beziehung

Ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Rückkehr in die Arbeitswelt ist gemäss Hartke et al. (2011) die positive Reaktion von Dritten auf den Willen des Betroffenen. Zudem betonen Vestling et al. (2013) die Dankbarkeit für die persönliche Unterstützung durch verschiedene Akteure wie das Rehabilitationsteam, Familie, Freunde, Mitarbeitende, Vorsitzende und Vertretende der Sozialversicherungen. (e310; e315; e320; e325; e330; e340; e355)

Gerade das interpersonelle Umfeld am Arbeitsplatz und deren offene Kommunikation seien ausschlaggebend für eine erfolgreiche Rückkehr (Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Vestling et al. 2013). Anstelle eines Vollzeitassistenten oder Supervisoren wurde laut Palstam et al. (2018) und Vestling et al. (2013) die Ernennung einer Ansprechperson unter den Mitarbeitenden im Betrieb favorisiert. Als eines der grössten Unterstützungsfaktoren sei die schrittweise Rückkehr in den Arbeitsalltag und selbständige Planung der Aufgaben bei den Studien von Gard et al. (2019), Palstam et al. (2018) und Vestling et al. (2013) erwähnt worden. Dabei sei eine verständnisvolle Führung (Gard et al., 2019) und unterstützende Mitarbeitende wichtig gewesen, um das Vertrauen in die eigene Arbeitsfähigkeit zurückzugewinnen (Törnbohm et al., 2019). (e325; e330)

Das medizinische Team stellt gemäss Vestling et al. (2013) mehrheitlich eine Unterstützung für die Betroffenen dar. Als passende Rehabilitationsinhalte wurden laut Gard et al. (2019) interdisziplinäre und spezifische Interventionen wie beispielsweise Physiotherapie, Ergotherapie, kognitive Verhaltenstherapie und Beratung durch Psychologen genannt. (e340, e350)

### Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Laut Gard et al. (2019) ist die Wichtigkeit der Informationsvermittlung über den Schlaganfall sowie dessen Folgen für den zukünftigen Alltag für die Klientel und deren Angehörigen von Bedeutung und müsse von den medizinischen Fachpersonen frühzeitig vorgenommen werden. Dabei helfe auch das Wissen und vor allem der Zugang zu Arbeitstherapierenden (Hartke et al., 2011). Gerade für die emotionale Unterstützung, Durchführung von Assessments, Ressourcen und Barrieren Identifikation sowie den Bewerbungsprozess und Arbeitsvermittlung wurde die Beteiligung der Arbeitstherapierenden nach Hartke et al. (2011) positiv wahrgenommen. (e580)

### Einstellungen

Ein positiver Einfluss auf die Arbeitsreintegration können gemäss Hartke et al. (2011) die individuellen Einstellungen unterschiedlicher Personen aus dem privaten, arbeitsbezogenen oder gesundheitlichen Umfeld wie Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen, persönliche Hilfs- und Pflegepersonen sowie Fachleute der Gesundheit haben (e410; e415; e420; e425; e440; e450). Arbeitgebende nahmen oftmals Rücksicht auf die vom Schlaganfall betroffenen Personen und kamen ihnen mit ihrer offenen und flexiblen Sichtweise entgegen (Gard et al., 2019; Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Törnbohm, et al., 2019; Vestling et al., 2013) (e430). Die Einstellung der Angehörigen der Gesundheitsberufe wurde auch gemäss Gard et al. (2019) als Unterstützungsfaktor bei der Planung der Rehabilitation und der Kontaktaufnahme mit ambulanten Versorgern erwähnt (e450).

## **Personenbezogene Faktoren**

### Lebensstil\*

Gemäss Hartke et al. (2011) überdachten viele Teilnehmende ihre Work-Life-Balance im Hinblick auf Arbeitsstress und sie reduzierten die Wichtigkeit der Arbeit in ihrem Leben. Das Bewusstsein über die Bedeutung von Erholung, Körpersignale zu erkennen aber auch regelmässige physische Aktivitäten zu verfolgen, habe sich nach dem Schlaganfall ins Positive verbessert (Gard et al., 2019). Verschiedene

intrapersonelle Ressourcen und Konflikte haben laut Hartke et al. (2011) einen Einfluss auf den Willen des Betroffenen an den Arbeitsplatz zurückzukehren gehabt.

### Werte\*

Sich gebraucht zu fühlen und Teilhabe zu erleben, wird laut Törnbohm et al. (2019) durch Arbeit empfunden und zeigt Einfluss auf das Selbstwertgefühl der betroffenen Person. Jedoch habe sich die Perspektive geändert, denn gemäss Törnbohm et al. (2019) und Palstam et al. (2018) legten die Teilnehmenden nach dem Schlaganfall mehr Wert auf persönliche Entwicklung und Freude an der Arbeit als auf Erfolg in der Karriere. In der Studie von Vestling et al. (2013) wird zudem aufgezeigt, dass Arbeit intrinsische Aspekte wie Selbsterfüllung beeinflusse.

## 5. Diskussion

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der fünf Hauptstudien wird klar, dass der RTW nach einem Schlaganfall von diversen Barrieren und Unterstützungsfaktoren beeinflusst wird. Koch, Egbert, Coeling und Ayers (2005) betonen, dass der RTW multifaktoriell sei und intrinsische sowie extrinsische Einflussfaktoren\* beinhalte. Gemäss Röding, Lindström, Malm und Öhman (2003) ist das wesentliche Ziel der RTW, wobei körperliche Beeinträchtigungen eine erhebliche Hürde darstellen. Im Kapitel 5.2 werden die zuvor erwähnten Ergebnisse mit bereits vorhandener Literatur in Verbindung gebracht und anhand der Komponenten der ICF diskutiert.

### 5.1. Qualität der Hauptstudien

Aufgrund der Gütekriterien wurden Hartke et al. (2011) und Palstam et al. (2018) qualitativ als gut bewertet, was in der Tabelle 12 auf der nachfolgenden Seite ersichtlich ist. Gard et al. (2019), Törnbohm et al. (2019) und Vestling et al. (2013) wurden aufgrund der Einschätzung zur Qualität als mässig eingestuft. Die Resultate der Hauptstudien mit guter Qualität werden für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung mehr gewichtet. Bei den Kriterien Studiendesign, Bestätigung, Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit ist die Qualität allgemein tiefer aus Gründen wie beispielsweise kleine Stichproben, keine Gegenkontrolle durch aussenstehende Forschende und fehlende Triangulierung. Bei keiner Hauptstudie wird ein festgelegtes Kriterium mit «nicht erfüllt» bewertet. Bei der Zielsetzung, Beantwortung der Fragestellung, Relevanz der Ergebnisse für die Ergotherapie und Übertragbarkeit ist die Qualität der Hauptstudien meist als «erfüllt» einzuschätzen.

**Tabelle 12***Qualität der fünf Hauptstudien*

Hauptstudie	Th	Z	D	St	M	E	F	ET	B	Zu	G	Ü	Qualität
Gard et al. (2019)	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	Mässig
Hartke et al. (2011)	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	Gut
Palstam et al. (2018)	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	Gut
Törnbohm et al. (2019)	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	Mässig
Vestling et al. (2013)	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	Mässig

*Note.* Th = relevantes Thema; Z = Zielsetzung; D = gewähltes Studiendesign; St = Stichprobe; M = Methodisches Vorgehen; E = Ergebnisse; F = Beantwortung der Fragestellung; ET = Relevanz der Ergebnisse für Ergotherapie; B = Bestätigung; Zu = Zuverlässigkeit; G = Glaubwürdigkeit; Ü = Übertragbarkeit.

0 = nicht erfüllt; 1 = teilweise erfüllt; 2 = erfüllt.

Qualitätseinteilung siehe Kapitel 3.4.

## 5.2. Kritische Diskussion der Ergebnisse anhand der ICF

### 5.2.1. Körperfunktionen

Körperliche Barrieren wie Kognition, Fatigue, sprachliche und physische Einschränkungen wurden in der Mehrheit der Hauptstudien als Hindernisse bei der Arbeit erlebt. Weitere noch nicht spezifisch genannte Barrieren seien Zahlen-, Lese- und Schreibschwierigkeiten (Coole et al., 2013), Organisation sowie geteilte Aufmerksamkeit (Culler et al., 2011), Gedächtnisdefizite (Hellman, Bergström, Eriksson, Falkdal, & Johansson, 2016; Kuluski, Locock, & Lyons, 2014; Phillips, Gaffney, Phillips, & Radford, 2019) und Neglect\* (Culler et al., 2011). Gemäss Röding et al. (2003) ist Fatigue eine überwältigende und unkontrollierbare Auswirkung des Schlaganfalls. Es mache die Teilnehmenden unfähig, Vollzeit zu arbeiten und wirke sich negativ auf ihr Familien- und Sozialleben aus. Fatigue ist demnach ein nicht zu unterschätzender beeinflussender Faktor beim RTW, welcher in der Ergotherapie thematisiert und fokussiert werden muss.

Laut Palstam et al. (2018) erfuhren die Teilnehmenden Frustration, wenn falsche Prognosen durch das Gesundheitspersonal gemacht wurden. Der Schlaganfall habe für viele Betroffene zur Folge, dass sie auf Eindrücke und Situationen sensibler reagierten und es sei schwieriger, mit Konflikten umzugehen (Coole et al.,

2013; Röding et al., 2003). Diese Ergebnisse legen nahe, dass offene Kommunikation und realistische Zukunftsaussichten für die Klientel besonders bedeutend sind.

Die Folgen von Depression auf den RTW wurde in den Hauptstudien nicht deutlich erwähnt. Es wurde lediglich der Zusammenhang zwischen Fatigue und fehlender Energie aufgezeigt. Negative Auswirkungen auf die psychische Energie sowie Depressionen hat aus Sicht von Gozier, Hackett, Parag und Anderson (2008) und Van der Kemp et al. (2017) einen Einfluss auf den RTW und minimiert die Erfolgchancen. Dies steht teilweise in Konflikt mit den Erkenntnissen von Chan (2008) welche besagen, dass eine Depression nur negative Auswirkungen hat, wenn sie nach dem Schlaganfall entstehe. Anzeichen einer Depression können somit während der Rehabilitation auftreten und sollten thematisiert werden. Auch wenn der Einfluss der Depression auf den RTW noch nicht vollumfänglich geklärt ist, scheint es wichtig, dass dieser Faktor von Therapierenden berücksichtigt wird. Die Rückgewinnung des Selbstvertrauens wurde insbesondere von Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) thematisiert. Phillips et al. (2019) sagen zudem, dass das Selbstvertrauen nie mehr so hoch empfunden wurde, wie vor dem Schlaganfall. Selbstvertrauen aufzubauen wird daher von den Verfasserinnen als wichtig erachtet, um den Rehabilitationsprozess positiv beeinflussen zu können. Die Wichtigkeit der Selbstwahrnehmung und Erkennung der Körpersignale wurde in vier der fünf Hauptstudien diskutiert (Gard et al., 2019; Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Törnbohm et al., 2019) und wird von den Ergebnissen von Balasooriya-Smeekens, Bateman, Mant und De Simoni (2016) bekräftigt.

Weiter seien Motivation und Wille fördernde beziehungsweise hindernde Faktoren (Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Vestling et al., 2013). Die Motivation ist bei den Betroffenen laut Hartke und Trierweiler (2015) unterschiedlich hoch und wird aus Sicht von Schwarz et al. (2018) durch demotivierende Aussagen Dritter beeinträchtigt. Die Motivation wird unter anderem als ausschlaggebender Aspekt der Rehabilitation erachtet und sollte durch einen positiven Beziehungsaufbau zwischen der Klientel und Therapierenden sowie durch motivierende und unterstützende Kommunikation bekräftigt werden.

Aus den Ergebnissen der Studien von Hartke et al. (2011), Törnbohm et al. (2019) und Vestling et al. (2013) komme hervor, dass individuelle Kreativität und

Flexibilität bei Adaptationen und Bewältigungsstrategien wichtig seien. Diese Aussage wird durch die Erkenntnisse von Balasooriya-Smeekens et al. (2016) unterstrichen, wobei Brannigan et al. (2017) vor allem präventive Bewältigungsstrategien\* ins Zentrum rücken. Wang et al. (2014) sind mit diesen Aussagen in Übereinstimmung, sagen aber, dass eine realistische Einstellung gegenüber der Rückkehr vorhanden sein müsse.

Culler et al. (2011) nehmen die Sichtweise der Arbeitstherapierenden in ihre Ergebnisse mit auf. Viele Betroffene sagen gemäss Culler et al. (2011) zwar, dass physische Einschränkungen vorwiegend eine Barriere für die Rückkehr sind, aber Arbeitstherapierende bemerkten, dass diese einfacher zu überwinden sind im Vergleich zu Faktoren wie mangelnde Krankheitseinsicht, fehlende Motivation und keine Strategien gebrauchen zu wollen. Dies steht in Übereinstimmung mit den bisher gemachten Erfahrungen der Verfasserinnen.

### **5.2.2. Körperstrukturen**

Nach den Hauptstudien von Hartke et al. (2011), Palstam et al. (2018) und Törnbohm et al. (2019) werden verschiedene körperliche Einschränkungen als Barriere für die Rückkehr an den Arbeitsplatz gesehen. Ergänzend zu dieser Erkenntnis wird aus Sicht von Chan (2008) und Wang et al. (2014) aufgezeigt, dass die Lokalisation der Schädigung im Gehirn in keiner Verbindung mit dem Erfolg des RTW steht. Jedoch bestehe ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Schädigung und einer erfolgreichen Arbeitsintegration. Nach den Verfasserinnen sollte der Schweregrad des Schlaganfalls nicht allein ausschlaggebend für die Erfolgsaussichten und die Intensität der Therapieeinheiten sein, da noch weitere Faktoren beachtet werden müssen.

Im Bereich der Bewegungsausführung stellen Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) fest, dass Hemiparesen und Spastiken Barrieren seien. Brannigan et al. (2017) und Treger, Shames, Giaquinto und Ring (2007) stimmen dieser Aussage zu. Vor allem Hemiplegien\* auf der dominanten Körperseite seien gemäss Treger et al. (2007) hinderlich.

### 5.2.3. Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

Das Erledigen von diversen Einzel- und Mehrfachaufgaben beim RTW fällt nach einem Schlaganfall aus unterschiedlichen Gründen schwer. Multitasking, feinmotorische Tätigkeiten und nicht Erreichen der Qualitätsstandards seien problematisch (Alaszewski, Alaszewski, Potter, & Penhale, 2007; Brannigan et al., 2017; Hartke et al., 2011, Palstam et al., 2018, Schwarz et al., 2018) und stehe dem Delegieren von Aufgaben und der Akzeptanz einer untergeordneten Arbeitsrolle gegenüber (Palstam et al., 2018). Das Aufgreifen dieser neuen Rolle sollte auch in der Therapie ausführlich besprochen werden, um die Reflektion der Betroffenen anzuregen, denn Akzeptanz wird gemäss Palstam et al. (2018) durch ausreichende Selbstreflektion der betroffenen Person erreicht. In Anlehnung an Hartke et al. (2011) vertreten Wang et al. (2014) die Ansicht, dass die Arbeitserfahrung, welche eine Person zum RTW mitbringe, einen Vorteil bringe. Arbeitserfahrung ist im Gegensatz zu der Anpassung der Arbeitsaufgaben ein Faktor, welcher nicht verändert werden kann, der positive Zusammenhang scheint jedoch für die Verfasserinnen verständlich.

Alle Hauptstudien beschreiben, dass sich Stress am Arbeitsplatz negativ auf die Reintegration auswirke. Die Studien von Alaszewski et al. (2007) und Phillips et al. (2019) bestärken diese Aussage. Die Ursache dieser Barriere wird jedoch kontrovers diskutiert. Verfrühte Rückkehr und kompetitive Arbeit werden in den Hauptstudien als zentrale Barriere betrachtet. Aus Sicht von Phillips et al. (2019) sind jedoch die Unsicherheiten der Arbeitgebenden oftmals für zu schnelle Verantwortungsübergabe an die Betroffenen und demzufolge für aufkommenden Stress verantwortlich. Öst Nilsson, Eriksson, Johansson und Hellman (2017) stehen im Widerspruch zu Phillips et al. (2019). Für Teilnehmende war es gemäss Öst Nilsson et al. (2017) anfangs frustrierend, da ihnen beim RTW zu wenig zugetraut wurde. Einigkeit besteht in Bezug auf die Flexibilität für Anpassungen am Arbeitsplatz, der Aufgaben- sowie Verantwortungsbereiche und die schrittweise Erhöhung der Arbeitsstunden, um den zuvor erwähnten Stress zu entschärfen (Gard et al., 2019; Hartke et al., 2011; Hellman et al., 2016; Palstam et al., 2018; Schwarz et al., 2018; Törnbohm et al., 2019; Vestling et al., 2013). Die Verfasserinnen erkennen anhand vorliegender Literatur, dass der RTW betreffend

Integrationsgeschwindigkeit in Abhängigkeit zum persönlichen Erleben des Individuums steht.

Uneingeschränkte Mobilität wird aus Sicht von Vestling et al. (2013) als ausschlaggebende Komponente bei der Aufgabenbewältigung sowie beim Sozialisieren mit Mitarbeitenden angesehen. Larsen, Biering, Johnsen, Andersen und Hjollund (2016) sowie Westerlind, Persson und Sunnerhagen (2017) stimmen der Aussage von Vestling et al. (2013) zu und identifizieren uneingeschränkte Mobilität als Ressource. Faktoren, welche die Unabhängigkeit einschränken seien Mangel an passendem Transport zum Arbeitsplatz (Alaszewski et al., 2007; Gard et al., 2019), Rollstuhlgebrauch (Vestling et al., 2013) und Probleme beim Tragen von Gegenständen (Culler et al., 2011; Hartke et al., 2011). Besonders beim passenden Transport sehen die Verfasserinnen Handlungsbedarf im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen. Gehen und auch eine kurze Strecke rennen zeigt gemäss Lindström et al. (2009) und Wang et al. (2014) eine hohe Signifikanz in Zusammenhang mit dem RTW und wurde bisher in der vorliegenden Arbeit noch nicht eruiert. Folglich wird leichte eingeschränkte oder uneingeschränkte Mobilität nach dem Schlaganfall von den Verfasserinnen als fördernder Faktor identifiziert.

#### **5.2.4. Umweltfaktoren**

Was die Unterstützung von Hilfsmitteln am Arbeitsplatz angeht, sind sich Culler et al. (2011) und Vestling et al. (2013) einig. Sie erwähnen die Wichtigkeit von technischen Hilfen und physikalischen Anpassungen beim RTW. Die Verfasserinnen fanden keine Studie, welche gegenteilige Resultate aufzeigte. Mit den heutigen technischen Fortschritten werden Hilfsmittel zunehmend verfeinert, was wiederum zu einer noch besseren Integration von Menschen mit einer Beeinträchtigung führen kann.

Die aktuelle Literatur von Phillips et al. (2019) bestärken die Aussage von Palstam et al. (2018) in Bezug auf die Schwierigkeit der Erschaffung eines geeigneten und ungestörten Arbeitsplatzes. Zudem verdeutlichen Phillips et al. (2019), dass die verminderte Toleranz für Umgebungsgeräusche ebenfalls noch sechs Jahre nach dem Schlaganfall bestehe und somit eine Langzeitfolge sei. Als Unterstützung wird laut Brannigan et al. (2017) und Palstam et al. (2018) die flexible Anpassung der Arbeitsumgebung genannt.

Der Transfer in den Alltag verläuft gemäss Törnborn et al. (2019) jedoch oftmals nicht optimal, was ein Auslöser für Kündigungen sei. Dieser nicht optimal laufende Alltagstransfer erscheint den Verfasserinnen als Ansatzpunkt zur Verbesserung des RTW mit Absicht zur Steigerung der Erfolgchancen. Zudem gewinnt die Durchführung der Therapie direkt am Arbeitsplatz an Bedeutung und sollte gemäss den Verfasserinnen auch von Kostenträgern noch besser unterstützt werden. Angehörige wie Familie, Freunde sowie Arbeitskollegen und deren Unterstützung sind aus Sicht von Alaszewski et al. (2007), Hartke et al. (2011) und Vestling et al. (2013) ein wichtiger Faktor für den erfolgreichen RTW. Wolfenden und Grace (2015) unterstützen dies, indem sie aufzeigen, dass das Risiko bezüglich Frührente durch ein funktionierendes soziales Umfeld vermindert werde. Freunde sowie Angehörige der Gesundheitsberufe wurden bei der Studie von Hartke und Trierweiler (2015) als am wertvollsten für den RTW eingeordnet. Gegenteilige Ergebnisse lassen sich bei Brannigan et al. (2017) finden. Bei hohen Erwartungen von Angehörigen und Aussenstehenden zeigt sich gemäss Brannigan et al. (2017) ein negativer Einfluss auf den RTW und die Teilnehmenden verspürten den Druck als Last für die Familie und die Gesellschaft zu gelten. Die Verfasserinnen erkennen die Wichtigkeit des fördernden Einflusses der Angehörigen und sehen hier auch eine Möglichkeit, die Angehörigen in allfällige Therapien miteinzubeziehen, um das Verständnis gegenüber dem Betroffenen zu fördern. Ein weiterer zur Diskussion stehender Aspekt, welcher in den Hauptstudien noch nicht eruiert wurde, sind Peers\*. Medin et al. (2006) führten auf, dass Teilnehmende das Bedürfnis hatten, sich mit Peers über den Wechsel von Rehabilitation zur Selbstständigkeit und das neue Leben einschliesslich Beziehungen zu Familienmitgliedern und Arbeit auszusprechen. Balasooriya-Smeekens et al. (2016) identifizierten, dass Ratschläge von Peers als wertvoll für den RTW angesehen wurden. Gegenteilige Ergebnisse lassen sich bei Hartke und Trierweiler (2015) finden, denn Peers seien nur von 50 Prozent der Studienteilnehmenden als hilfreicher Unterstützungsfaktor benannt worden. Die Verfasserinnen erachten jedoch, dass Peers einen wertvollen Einfluss auf den RTW haben, da sie Betroffenen persönliche Erfahrungen und Ratschläge auf den Weg geben. Deswegen sollte der Kontakt zu Peers durch Gesundheitsangehörige gestärkt werden.

Ein nicht zu vernachlässigender Punkt ist der Erhalt von Unterstützung bei der Arbeit. Dabei sind einerseits die Arbeitgebenden und andererseits die weiteren Mitarbeitenden zu beachten. Allgemein ist festzuhalten, dass beim RTW das Arbeitsumfeld als unterstützend wahrgenommen werden sollte, um die Wahrscheinlichkeit des RTW zu steigern und dabei nütze offene Kommunikation am Arbeitsplatz (Brannigan et al., 2017; Hartke et al., 2011; Palstam et al., 2018; Vestling et al., 2013). Weitere Faktoren, welche zu diesem Wunschzustand verhelfen, sind laut Schwarz et al. (2018) gegenseitiger Respekt, Vertrauen und Anerkennung, sowie aus Sicht von Hartke et al. (2015) und Öst Nillson et al. (2016) Engagement und Flexibilität der Führungskräfte. Brannigan et al. (2017) teilen den Standpunkt von Hartke et al. (2015) und Öst Nillson et al. (2016), zeigen jedoch die Perspektive der Arbeitgebenden auf. Bedenken sind gemäss Brannigan et al. (2017) in Bezug auf das vermeintliche Bevorzugen der Betroffenen gegenüber weiteren Mitarbeitenden vorhanden. Medin et al. (2006) bringen einen neuen Aspekt ein und zeigen auf, dass ein instabiles Arbeitsumfeld, welches durch Veränderungen und Personalabbau gekennzeichnet ist, als Barriere für den RTW zähle. Die Verfasserinnen sind der Ansicht, dass mit offener Kommunikation im Team die Sorgen der Arbeitgebenden und allenfalls die vermeintliche Vernachlässigung anderer Mitarbeitenden aus dem Weg geräumt werden. Die Kommunikation ist ebenfalls im Gesundheitswesen innerhalb der Gesundheitsberufe sowie zwischen der Klientel und Berufsangehörigen bedeutend. Gard et al. (2019) heben die ungenügende Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitsorganisationen hervor. Diese Barriere wurde schon bei Coole et al. (2013) und Hellman et al. (2016) thematisiert. Nach Hellman et al. (2016) ist der Auslöser dieser Barriere, dass gemäss Professionsangehörigen im gesundheitlichen und sozialen Bereich oder bei Versicherungen nur begrenztes Wissen über die Arbeit anderer Stakeholder und den gesamten RTW-Prozess besteht. Wenn der Austausch laut Öst Nillson et al. (2016) nicht optimal läuft, hinterfragt sich der Betroffene im RTW-Prozess oftmals und macht sich vermehrt Sorgen um die Zukunft. Nach Gard et al. (2019) ist die Wichtigkeit von früher Information über den Schlaganfall sowie dessen Folgen für den zukünftigen Alltag von Bedeutung und müsse von den medizinischen Fachpersonen vorgenommen werden. Ein Mangel an Informationen entstehe oftmals bei Betroffenen, da die

Aufklärung ungenügend sei (Brannigan et al., 2017; Gilworth, Phil, Cert, Sansam, & Kent, 2009). Die Verfasserinnen folgern, dass unkomplizierte und offene Kommunikation zwischen allen Stakeholdern Klarheit in die künftige Berufsausübung bringt.

Wissen und Zugang zu Arbeitstherapierenden ist ein Thema, welches in der Literatur kritisch diskutiert wird. Hartke et al. (2011) sagen lediglich, dass der Zugang unterschiedlich ausfalle. Einige Teilnehmende äusserten laut Röding et al. (2003) einen spezifischen Mangel an Kontakt mit Ergotherapierenden, was zu fehlendem Verständnis bei alltäglichen Bedürfnissen inklusive der Arbeit führt. Das Review von Wang et al. (2014) bestärkt dies, indem die Relevanz der Arbeitstherapierenden aufgezeigt wird. Schwarz et al. (2018) unterscheiden sich von Wang et al. (2014) indem erwähnt wird, dass die Zuständigkeit oft ungeklärt sei. Dies bedeutet es besteht gemäss Schwarz et al. (2018) die Gefahr, dass der RTW im Rehabilitationsprozess nicht beachtet wird, was aus Sicht von den Verfasserinnen gravierende Folgen für die Zukunft der vom Schlaganfall betroffenen Person hat.

Als neuer Aspekt wird von Sinclair, Radford, Grant und Terry (2013) aufgezeigt, dass der finanzielle Druck der Spitäler zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer führe und so die Gefahr bestehe, dass versteckte Symptome wie Fatigue und exekutive Einschränkungen übersehen würden. Für die Verfasserinnen ist es wichtig, dass dieser Aspekt in der Bachelorarbeit benannt wird, da dies ein hindernder Faktor für den erfolgreichen RTW und den gesamten Heilungsprozess darstellt.

### **5.2.5. Personenbezogene Faktoren**

Törnbohm et al. (2019) stellten fest, dass durch Arbeit Teilhabe erlebt werde und Teilnehmende sich gebraucht fühlten. Dies wird durch Brannigan et al. (2017) bekräftigt, denn die Rückkehr an den Arbeitsplatz werde als Beweis für eine erfolgreiche Erholung angesehen. Zudem wurde Arbeit laut Alaszewski et al. (2007) als Möglichkeit zur Flucht vor Langeweile und zu Hause festzusitzen empfunden. Diese Aussagen werden durch ein Zitat aus der Studie von Phillips et al. (2019) bekräftigt „[Arbeit] gab mir ein Gefühl, kein Invalide zu sein, ich war wieder der alte, derselbe Mensch, der ich vorher war, obwohl ich tief im Inneren wusste, dass ich es nicht war“ (S. 7). Aus den bereits genannten Punkten kommt für die Verfasserinnen

hervor, dass der RTW nicht als zusätzliches, sondern als eines der Hauptziele der Rehabilitation angesehen werden sollten.

Prioritäten gegenüber der Arbeit haben sich gemäss Balasooriya-Smeekens et al. (2016) verändert. Zu dieser Erkenntnis sind auch Hartke et al. (2011) gekommen, denn viele hätten ihre Work-Life-Balance\* im Hinblick auf Arbeitsstress überdacht und die Wichtigkeit von Arbeit reduziert.

Der Einfluss des Alters und des Geschlechts wurde in keiner der untersuchten Hautstudien näher erwähnt. Jedoch sei jüngeres Alter ein Unterstützungsfaktor für einen erfolgreichen RTW (Larsen et al., 2016; Schulz et al., 2017; Wang et al., 2014; Westerlind et al., 2017). Laut Wang et al. (2014) gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Geschlecht und RTW. Gemäss Larsen et al. (2016) und Westerlind et al. (2017) kehren eher Männer an den Arbeitsplatz zurück, was in Widerspruch zur vorherigen Aussage steht. Die Verfasserinnen erachten das Alter als einen wichtigen Aspekt. Bezüglich des Geschlechts wird keine abschliessende Erkenntnis gefunden, denn bei den gesichteten Studien ist der Männeranteil immer höher was keine eindeutige Aussage ermöglicht.

## 6. Theorie-Praxis-Transfer

In den untersuchten Hauptstudien wird mehrfach auf die Signifikanz der Arbeitstherapeuten hingewiesen. Sie gelten als wichtiger Unterstützungsfaktor. In diesem Kapitel wird auf den Einfluss der Ergotherapie auf die identifizierten Barrieren und Unterstützungsfaktoren sowie auf deren Bedeutung für die Betroffenen eingegangen, um die Wichtigkeit der Ergotherapie in der Arbeitsrehabilitation im RTW-Prozess aufzuzeigen.

Die Förderung einer erfolgreichen beruflichen Teilhabe liegt nach AOTA (2017) im Aufgabenbereich der ergotherapeutischen Praxis und Fachkräfte verfügen über Fähigkeiten, Dienstleistungen anzubieten, um Barrieren zu überwinden.

### **Informationsvermittlung**

Durch die Erarbeitung der vorherigen Kapitel wurde erkannt, dass die Informationsvermittlung aus Sicht der Betroffenen oftmals mangelhaft stattgefunden hat. Laut den Verfasserinnen benötigt es hier professionelle Aufklärung für Betroffene sowie deren Angehörige in Bezug auf das Krankheitsbild und deren Auswirkungen auf den Alltag sowie besonders zum bevorstehenden RTW-Prozess. Auch Chan (2008) betont, dass die Edukation der Arbeitgebenden und Mitarbeitenden ein zentraler Faktor sei.

### **Unterstützung Betroffene**

Ergotherapeuten leisten einen wichtigen Beitrag beim RTW-Prozess in der direkten Zusammenarbeit mit Betroffenen. Gemäss Chan (2008) benötigen sie dazu ein breites Verständnis über das Zusammenspiel von medizinischen, funktionellen, sozialen, arbeitsbezogenen und kulturellen Charakteristiken, um für ihre Klientinnen und Klienten effektive Interventionen zusammenzustellen. Fatigue und fehlende Energie ist gemäss der gesichteten Literatur ein häufig auftretendes Phänomen bei Betroffenen nach einem Schlaganfall, welches trotz differenzierten Interventionen weiterhin als Schwierigkeit für die Betroffenen erlebt wird. Hier können Ergotherapeuten gewinnbringend unterstützen, indem sie regelmässig aktuelle Forschung in die Therapie einbeziehen.

Auch bei körperlichen Einschränkungen leistet die Ergotherapie einen wichtigen Beitrag und ist vor allem bei der Wiedereingliederung in feinmotorisch

anspruchsvollen Berufen gefragt. Oftmals wurde die Ausführung bestimmter Arbeitstätigkeiten als Problem beschrieben. Um die klientenzentrierte Arbeit zu garantieren, sollte in der Therapie spezifisch auf die problematische Tätigkeit eingegangen werden.

Im gesamten RTW-Prozess seien Bewältigungsstrategien und Kreativität ein wichtiger Einflussfaktor für Erfolg (Hartke et al., 2011; Balasooriya-Smeekens et al., 2016; Törnbohm et al., 2019; Vestling et al., 2013). Bei der Erarbeitung von passenden Strategien sollen Ergotherapierende auf ihre Erfahrungen mit vorherigen Klientinnen und Klienten, die sich in ähnlichen Situationen befanden, zurückgreifen und diese Inputs den Betroffenen weitergeben.

### **Veränderungen der Rahmenbedingungen**

Aus der gesichteten Literatur kommt hervor, dass aufgrund von eingeschränkter Mobilität sowie Konzentrationsschwierigkeiten am Arbeitsplatz durch intrinsische und extrinsische Faktoren Barrieren bestehen. Dabei seien Interventionen am Arbeitsplatz und Anpassungen der Jobanforderungen als wichtig empfunden worden (Chan, 2008). Gemäss Waddell, Burton und Kendal (2008) müssen die Arbeitstherapeuten dabei eine Übereinstimmung zwischen den Fähigkeiten und Limitationen des Betroffenen und den Arbeitsanforderungen finden. Einleitung innerbetrieblicher Massnahmen wie Adaptationen für Betroffene, um die Leistungsfähigkeit zu steigern, gehört gemäss Köhler und Adam (2008) zum Aufgabengebiet der Ergotherapie.

### **Koordination**

Die Koordination sowie Kommunikation zwischen beteiligten Stakeholdern wird von verschiedenen Studien als mangelhaft beschrieben. Ergotherapierende fungieren gemäss Öst Nilsson et al. (2016) als Koordinatoren zwischen Arbeitgebenden, Versicherungsbeamten sowie Betroffenen und erzielen mit ihrem Wissen zu den Folgen eines Schlaganfalls und der Rehabilitation gesteigertes Verständnis für den RTW-Prozess. Auch regelmässige Besuche am Arbeitsplatz zur Planung und Auswertung des Wiedereinstiegs sei ein wichtiger Faktor für einen erfolgreichen RTW, welcher in der Praxis vermehrt umgesetzt werden muss.

## 7. Schlussbetrachtung

Im Kapitel Schlussbetrachtung wird die Beantwortung der Fragestellung prägnant zusammengefasst und es wird auf Limitationen der vorliegenden Arbeit eingegangen. Abschliessend folgen offene Fragen, welche diese Arbeit mit sich bringt, sowie die Aussicht auf weiterführende Forschung.

### 7.1. Beantwortung der Fragenstellung

Die anfangs definierte Fragestellung wird in diesem Kapitel aufgegriffen:

«Welche Barrieren und Unterstützungsfaktoren erfahren betroffene Erwachsene im erwerbsfähigen Alter bei der Arbeitsreintegration nach einem Schlaganfall?»

Die Verfasserinnen sichteten aktuelle Literatur und setzten sich mit fünf Hauptstudien intensiv auseinander. Mithilfe dieser Studien wurden Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim RTW von Menschen nach einem Schlaganfall identifiziert. Die Ergebnisse wurden in die ICF eingeordnet, was in den Tabellen 10 und 11 im Ergebnisteil ersichtlich ist. Anhand der Einteilung wurden Ansatzpunkte, welche durch die Ergotherapie abgedeckt werden, dargestellt. Es wurden Barrieren erkannt, welche bis anhin in der Literatur noch zu wenig fokussiert wurden. Die Fragestellung wurde dennoch anhand der eingeschlossenen Literatur nicht vollumfänglich beantwortet. So wurden lediglich Hinweise geliefert, worauf Ergotherapierende und weitere Stakeholder bei der Arbeitsreintegration von Menschen nach einem Schlaganfall achten sollen. Somit wird bei intensiverer Auseinandersetzung mit der Thematik klar, dass der Wiedereingliederungsprozess näher untersucht werden muss, um eine optimale Behandlung für die Klientel garantieren zu können.

Nach einem Schlaganfall berichten Erwachsene häufig von Einschränkungen der mentalen Funktionen, welche bedeutenden Einfluss auf die psychische Energie und den Antrieb haben. Dies wurde als negativer Einflussfaktor auf den RTW identifiziert. Weiter sind aufgabenbezogene Barrieren einschränkend, wobei Stress durch zu viel Verantwortung, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Einzel- oder Mehrfachaufgaben und Mobilität eine wesentliche Rolle spielt. Die Wichtigkeit der Unterstützung durch Therapierende, welche Arbeitgebende, Mitarbeitende und das weitere Umfeld genügend aufklärt, wurde wiederholt genannt. Weiter nimmt das

Umfeld, welches einen Betroffenen vor und während dem RTW umgibt, eine bedeutende Rolle ein.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Folgen eines Schlaganfalls und dessen Auswirkungen auf den RTW nicht verallgemeinerbar sind. Für die Therapierenden ist es wichtig festzuhalten, dass der Klient inklusive seiner Erfahrungen und des aktuellen Befindlichkeitszustandes als Experte in seinem RTW-Prozess anzusehen ist.

## 7.2. Limitationen der Arbeit

Im Folgenden wird auf Limitationen der vorliegenden Arbeit eingegangen und die Arbeitsweise der Verfasserinnen wird kritisch diskutiert.

Aufgrund strenger Ein- und Ausschlusskriterien besteht die Möglichkeit, dass wichtige Aspekte für die Beantwortung der Fragestellung entgangen sind. Die Barrieren und Unterstützungsfaktoren wurden nicht vollumfänglich aufgedeckt, was den Verfasserinnen bewusst ist. Dies wurde im Diskussionsteil ersichtlich als im Vergleich mit weiterer Literatur neue Aspekte wie die Unterstützung durch Peers unter anderem von Medin et al. (2006) genannt wurde.

Vier der fünf Hauptstudien stammen aus Schweden. Dies bedeutet, dass ein Grossteil der Ergebnisse von der schwedischen Bevölkerung eruiert wurde.

Weiter stammt keine der bearbeiteten Hauptstudien aus der Schweiz. Somit ist der Übertrag der Ergebnisse nur bedingt möglich, da gewisse kulturelle Abweichungen sowie Unterschiede im Gesundheitssystem bestehen.

Die Verfasserinnen haben die Ergebnisse der Hauptstudien den Domänen und spezifischer den Verzweigungsebenen der ICF zugeordnet. Zuvor hat eine vertiefte Auseinandersetzung stattgefunden und dabei wurde Grundlagenwissen erarbeitet. Dennoch besteht die Eventualität, dass es zu inkorrekten Einteilungen der Ergebnisse gekommen ist.

Es wurden nur qualitative Studien inkludiert, was für die Fragestellung angemessen ist jedoch aufgrund der Stichprobengrösse nur eine kleine Population miteinbezieht. Die Hauptstudien von Palstam et al. (2018) und Törnbohm et al. (2019) haben zwei gemeinsame Hauptautoren. Zudem zogen beide Studien ihre Stichprobe aus derselben Längsschnittstudie. In Bezug auf die Vorgehensweise unterscheiden sie

sich minimal. Es wird angenommen, dass in diesen beiden Studien ähnliche Ergebnisse erzielt wurden.

Weiter verfügen die Verfasserinnen lediglich über Grundkenntnisse zur kritischen Würdigung von qualitativen Studien sowie deren Instrumenten und so kann es zu unerheblichen Abweichungen kommen.

Bei der vorliegenden Arbeit wurden nur Studien eingeschlossen, welche in Englisch oder Deutsch verfasst wurden. Die Sprachkenntnisse der Verfasserinnen kann zu minimalen Abweichungen bei der Englisch-Deutsch-Übersetzung geführt haben.

### 7.3. Weiterführende Forschung und offene Fragen

In Bezug auf die Fragestellung wurde von den Verfasserinnen viel Literatur gesichtet, welche sich spezifisch mit dem RTW aus der Perspektive der Betroffenen nach einem Schlaganfall auseinandersetzt. Die Perspektiven der Arbeitgeber oder Angehöriger war selten vertreten, dies wäre ein Ansatzpunkt wo die Forschung in den nächsten Jahren vermehrt eingehen könnte, um die Erfolgsquote des RTW weiterhin zu steigern. Auffallend war die vorhandene Forschung aus Schweden, welche äusserst viel Literatur veröffentlicht hat. Dies zeigt, dass sich schwedische Forscher oftmals auch Ergotherapeuten besonders mit diesem Thema beschäftigen. Für die Schweiz konnten die Verfasserinnen keine Studie zu diesem Thema unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien finden. Es erscheint den Verfasserinnen bedeutend, dass die Reintegration von Menschen nach einem Schlaganfall weiter gefördert wird, indem auf die noch bestehende Problematik aufmerksam gemacht wird.

Nachfolgend sind Fragen aufgelistet, welche den Verfasserinnen nach Bearbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit offenstehen.

- Welche Komorbiditäten beeinflussen die Arbeitsreintegration nach einem Schlaganfall in negativer Weise?
- Welche Unterschiede gibt es bei der Identifizierung von Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim RTW nach einem Schlaganfall zwischen der Ansicht des Betroffenen und der Arbeitgebenden oder der Angehörigen der Gesundheitsberufe?

# Verzeichnisse

## Literaturverzeichnis

- American Heart Association (AHA). (2013). Heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 127(1), e6–e245. <https://doi.org/10.1161/cir.0b013e31828124ad>
- Alaszewski, A., Alaszewski, H., Potter, J., & Penhale, B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disability & Rehabilitation*, 29(24), 1858–1869. <https://doi.org/10.1080/09638280601143356>
- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2017). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1–48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Balasooriya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. *BMJ Open*, 6(4), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997>
- Binnewies, C., & Sonnentag, S. (2006). Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Arbeitsleistung. In Leidig, S., Limbacher, K. & Zielke, M. (Hrsg.), *Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements* (1. Aufl., S. 47–69). Pabst Science Publisher.
- Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. *Disability & Rehabilitation*, 39(3), 211–222. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Chan, M. L. (2008). Description of a return-to-work occupational therapy programme for stroke rehabilitation in Singapore. *Occupational Therapy International*, 15(2), 87–99. <https://doi.org/10.1002/oti.248>
- Coole, C., Radford, K., Grant, M., & Terry, J. (2013). Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 406–418. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9401-1>
- Culler, K. H., Wang, Y. C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 325–340. <https://doi.org/10.1310/tsr1804-325>
- Daniel, K., Wolfe, C. D., Busch, M. A., & McKevitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults?: A systematic review. *Stroke*, 40(6), e431–e440. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.534487>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/>
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=82>
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2012). *Definitionen der Ergotherapie*. <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=13>

- Fisher, A. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (1. Aufl.). Schulz- Kirchner Verlag.
- Frommelt, P., & Lösslein, H. (2010). *Neurorehabilitation – Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams* (3. Aufl.). Springer Verlag.
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2018). *Lebensstil*.  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/lebensstil-38792/version-262213>
- Gabler Wirtschaftslexikon. (2018). *Werte*.  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/werte-49667/version-272895>
- Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., & Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(10), 741–748. <https://doi.org/10.2340/16501977-2591>
- Gässel, A. (2018). *Grundbegriffe Wissenschaft / Qualitative Forschung ZHAW* [Vorlesungsfolien].
- George, M. G., Tong, X., Kuklina, E. V., & Labarthe, D. R. (2011). Trends in stroke hospitalizations and associated risk factors among children and young adults, 1995-2008. *Annals of Neurology*, 70(5), 713–721.  
<https://doi.org/10.1002/ana.22539>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.

*Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Haase, F. (2015). Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., Jehn, P. & Berting-Hüneke, C. (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln; Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (4. Aufl.). Georg Thieme Verlag.

Habermann, C., & Kolster, F. (2008). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (2. Aufl.). Georg Thieme Verlag.

Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 341–351. <https://doi.org/10.1310/tsr1804-341>

Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 326–334. <https://doi.org/10.1179/1074935714z.0000000044>

Heilman, K. M., Valenstein, V., & Watson, R. T. (2000). Neglect and related disorders. *Seminars in Neurology*, 20(4), 463–470. <https://doi.org/10.1055/s-2000-13179>.

Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. *Work*, 55(4), 901–911. <https://doi.org/10.3233/WOR-162455>

Koch, L., Egbert, N., Coeling, H., & Ayers, D. (2005). Returning to work after the onset of illness: experiences of right hemisphere stroke survivors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 209–218, 251–253. <https://doi.org/10.1177%2F00343552050480040201>

- Köhler, K., & Steier-Mecklenburg, F. (2007). *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation - Arbeitsfelder der Ergotherapie* (1. Aufl.). Georg Thieme Verlag.
- Köser, P., Höhl, W., & Dochat, A. (2015). *Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie - Arbeitsrehabilitation - Gesundheitsförderung* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. F. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22252>
- Larsen, L. P., Biering, K., Johnsen, S. P., Andersen, G., & Hjollund, N. (2016). Self-rated health and return to work after first-time stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(4), 339–345. <https://doi.org/10.2340/16501977-2061>
- Lawrence, M. (2010). Young adults' experience of stroke: A qualitative review of the literature. *The British Journal of Nursing*, 19(4), 241–248.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.4.46787>
- Léegaré, F., & Zhang, P. (2013). Barriers and facilitators: Strategies for Identification and Measurement. *Knowledge Translation in Health Care*, 121–136.  
<https://doi.org/10.1002/9781118413555.ch11>
- Lichy, C., & Hacke, W. (2010). Schlaganfall. *Der Internist*, 51(8), 1003-1012.  
<https://doi.org/10.1007/s00108-009-2540-6>
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills CA: Sage.
- Lindström, B., Röding, J., & Sundelin, G. (2009). Positive attitudes and preserved high level of motor performance are important factors for return to work in

- younger persons after stroke: A national survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 714–718. <https://doi.org/10.2340/16501977-0423>
- Lorenz, H. (2010). *Fatigue-Management: Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung: ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute des Gesundheitswesens* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Luczak H. (1998). Arbeit, Arbeitsbedingungen und Arbeitswissenschaft. In Schlick, C. M., Bruder, R. & Luczak, H. (Hrsg.), *Arbeitswissenschaft* (3. Aufl.). Springer Verlag.
- Maetzler, W., Dobel, R. & Jacobs, A. H. (2019). *Neurogeriatrie – ICF-Basierte Diagnose und Behandlung* (1. Aufl.). Springer Verlag.
- Medin, J., Barajas, J., & Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), 1051–1060. <https://doi.org/10.1080/09638280500494819>
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M. T., & Somazzi, M. (2009). *Handlungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis* (1. Aufl.). Huber Hans.
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., & Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 349–356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>
- Palstam, A., Törnbom, M., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Experiences of returning to work and maintaining work 7 to 8 years after a stroke: a qualitative interview study in Sweden. *BMJ Open*, 8(7), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021182>.

- Phillips, J., Gaffney, K., Phillips, M., & Radford, K. (2019). Return to work after stroke – Feasibility of 6-year follow-up. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0308022618791976>
- Renneberg, B., & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In Renneberg B., Hammelstein P. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag.
- Ris, I., & Preusse- Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Röding, J., Lindström, B., Malm, J., & Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible– younger stroke patients’ experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*, 25(15), 867–874. <https://doi.org/10.1080/0963828031000122276>
- Roth, E. J., & Lovell, L. (2014). Employment After Stroke: Report of a State of the Science Symposium. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 21(1), 75–86. <https://doi.org/10.1310/tsr21s1-s75>
- Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28–44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>
- Schulz, C., Godwin, K. M., Hersch, G. I., Hyde, L. K., Irabor, J. J., & Ostwald, S. K. (2017). Return to work predictors of stroke survivors and their spousal caregivers. *Work*, 57(1), 111–124. <https://doi.org/10.3233/WOR-172544>
- Sinclair, E., Radford, K. A., Grant, M. I., & Terry, J. (2013). Developing stroke specific vocational rehabilitation: mapping current service provision. *International Journal of Stroke*, 36(5), 409-417.

Six, B., & Felfe, J. (2004). Einstellungen und Werthaltungen im organisationalen Kontext. In Schuler, H. (Hrsg.), *Organisationspsychologie 1 – Grundlagen und Personalpsychologie* (1. Aufl., S. 597–672). Hogrefe – Verlag für Psychologie.

Sozialhilfe Kanton Zürich. (2021). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung*.

<http://www.sozialhilfe.zh.ch/Handbuch/13.1.04.%20Berufliche%20Eingliederungsmassnahmen%20der%20Invalidenversicherung.aspx>

Steenstra, I. A., Lee, H., de Vroome, E. M. M., Busse, J. W., & Hogg-Johnson, S. J. (2012). Comparing Current Definitions of Return to Work: A Measurement Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 394–400.

<https://doi.org/10.1007/s10926-011-9349-6>

Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application* (5. Aufl.). Wolters Kluwer Health.

Törnbohm, K., Lundälv, J., & Sunnerhagen, K. S. (2019). Long-term participation 7-8 years after stroke: Experiences of people in working-age. *PLOS ONE*, 14(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213447>.

Townsend, E.A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (2. Auflage). CAOT Publications ACE.

Treger, I., Shames, J., Giaquinto, S., & Ring, H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 29(17), 1397–1403.

<https://doi.org/10.1080/09638280701314923>

- Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation medicine*, 35(3), 127-131.
- Vestling, M., Ramel, E., & Iwarsson, S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. *Work*, 45(2), 201–211.  
<https://doi.org/10.3233/WOR-121554>
- Wang, Y.-C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, 47(4), 553–559.  
<https://doi.org/10.3233/WOR-131627>
- Waddell, G., Burton, A. K., & Kendal, N. A. (2008). *Vocational rehabilitation - what works, for whom, and when?* <https://www.stroke.org.uk/resources/state-nation-stroke-statistics>
- Werte. (2018, Februar 19). Gabler Wirtschaftslexikon.  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/werte-49667/version-272895>
- Westerlind, E., Persson, H. C., & Sunnerhagen, K. S. (2017). Return to work after a stroke in working age persons: A six-year follow-up. *PLOS ONE*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169759>
- Wolfenden, B., & Grace, M. (2015). Vulnerability and Post-Stroke Experiences of Working-Age Survivors During Recovery. *SAGE Open*, 5(4), 1–14.  
<https://doi.org/10.1177/2158244015612877>
- Wozniak, M. A., & Kittner, S., J. (2002). Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology*, 21(4), 159–166. <https://doi.org/10.1159/000059516>.
- Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & van Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work

Disability: Stakeholder Motivations, Interests and Concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543–556. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8033-0>

Zervos-Kopp, J. (2017). *Anatomie, Biologie und Physiologie – Ergotherapie Prüfungswissen* (4. Aufl.). Georg Thieme Verlag.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen Komponenten der ICF, eigene Darstellung mit Domäne gemäss ICF Endfassung, S. 23 .....	16
Abbildung 2: Eigene Darstellung des Selektionsprozesses für die Hauptstudien ....	22

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlüsselbegriffe, Keywords und Synonyme .....	18
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
Tabelle 3: Definition der Gütekriterien .....	23
Tabelle 4: Übersicht der Hauptstudien.....	26
Tabelle 5: Zusammenfassung der Studie von Gard et al. (2019) .....	27
Tabelle 6: Zusammenfassung der Studie von Hartke et al. (2011).....	29
Tabelle 7: Zusammenfassung der Studie von Palstam et al. (2018) .....	31
Tabelle 8: Zusammenfassung der Studie von Törnbohm et al. (2019).....	33
Tabelle 9: Zusammenfassung der Studie von Vestling et al. (2013) .....	35
Tabelle 10: Identifizierte Barrieren bei der Arbeitsreintegration eingeteilt ins ICF ...	39
Tabelle 11: Identifizierte Unterstützungsfaktoren bei der Arbeitsreintegration eingeteilt ins ICF .....	48
Tabelle 12: Qualität der fünf Hauptstudien .....	57

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AHA</b>	American Heart Association
<b>AICA</b>	Arbeitsinstrument zum Critical Appraisal
<b>AOTA</b>	American Occupational Therapy Association
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>CASP</b>	Critical Appraisal Skills Programme
<b>COREC</b>	Consolidated criteria for reporting qualitative research
<b>CVI</b>	Cerebrovaskulärer Insult
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
<b>FIM</b>	Functional Independence Measure
<b>ICF</b>	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
<b>ICIDH</b>	Internationalen Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>NIH</b>	National Institute of Health
<b>RTW</b>	Return to Work
<b>SIS</b>	Stroke Impact Scale
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation

## Danksagung

Nun möchten wir uns bei den Personen, die auf unterschiedliche Art und Weise zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen haben, bedanken.

Ein besonderer Dank gilt unserer begleitenden Lehrperson Nicole Markwalder.

Ohne Ihre Expertise und Ratschläge wäre uns das Schreiben der Bachelorarbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Sie nahm sich immer Zeit für Fragen oder auftretende Unklarheiten unsererseits und gab uns neue Gedankenanstösse.

Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit.

Zudem möchten wir uns bei [REDACTED] [REDACTED] und [REDACTED] für die konstruktiven und wertvollen Feedbacks zu unserer Bachelorarbeit bedanken.

Abschliessend bedanken wir uns bei unseren Familien und Freunden für die Unterstützung durchs Studium und besonders für die Geduld und anregenden Diskussionen während der Bachelorarbeit.

## **Wortanzahl**

### **Wortanzahl des Abstracts**

→ 199 Wörter

**Wortanzahl der Arbeit** (exklusiv Titelblatt, Abstract, Tabellen/Abbildungen und deren Beschriftungen, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und sämtlichen Anhänge)

→ 11'805 Wörter

## Eigenständigkeitserklärung

«Wir, Jana Alscher und Daphne Moser, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Datum: Winterthur, 27.04.2021

Jana Alscher

Daphne Moser

---

---

## Anhang

**Anhang A)** Glossar

**Anhang B)** Suchmatrix

**Anhang C)** AICA Raster Hauptstudie 1, Gard et al. (2019)

**Anhang D)** AICA Raster Hauptstudie 2, Hartke et al. (2011)

**Anhang E)** AICA Raster Hauptstudie 3, Palstam et al. (2018)

**Anhang F)** AICA Raster Hauptstudie 4, Törnbohm et al. (2019)

**Anhang G)** AICA Raster Hauptstudie 5, Vestling et al. (2013)

## Anhang A) Glossar

---

<b>Aktivität</b>	Aktivitäten sind Handlungen, welche konzipiert oder selektiert wurden, um die Entwicklung von Performanzfertigkeiten und Performanzmuster zu verbessern. Durch eine Aktivität wird folglich die Teilhabe gesteigert. (AOTA, 2014)
<b>Arbeitsleistung</b>	Sie bestimmt gemäss Binnewies und Sonntag (2006) die Grösse der erzeugten Werte, was zur Sicherstellung, Verbesserung und Optimierung für die Organisation und auch für die einzelnen Mitarbeiter enorme praktische Relevanz hat. Anders ausgedrückt ist die Arbeitsleistung das Verhalten der Mitarbeiter bei der Arbeit, welches zu den Zielen der Organisation beiträgt.
<b>Arbeitsrehabilitation</b>	Die Ergotherapie ziele darauf ab, Betätigungen zu ermöglichen, die für einen Klienten zweckmässig und bedeutungsvoll sind sowie in den Bereichen Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit stattfinden (Haase, 2015, S.197). Somit möchte die Ergotherapie in der Arbeitsrehabilitation Betätigungen in der Produktivität ermöglichen. Dies wird anhand von Arbeits- und Arbeitsplatzanalysen, Einschätzung von Arbeitsfähigkeit und Einschränkungen und das Entwickeln von Arbeitsplatzanpassungen und Hilfestellungen erreicht.
<b>Arbeitszufriedenheit</b>	Umfasst die emotionale Reaktion auf die Arbeit, die Meinung über die Arbeit und die Bereitschaft, sich in der Arbeit in bestimmter Weise zu verhalten. Sie wird meist mit dem Begriff Einstellung in Verbindung gebracht. (Six, & Felfe, 2004)
<b>Betätigung</b>	Fisher (2014) benennt Betätigung als eine Aktivität, die für die ausführende Person von Bedeutung ist oder einen Zweck erfüllt.
<b>Bio-psycho-soziales Modell</b>	Liegt dem ICF zugrunde. „Behinderung wird dabei als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen beschrieben.“ (DIMDI, 2005)
<b>Ergotherapie</b>	„Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben“ (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, 2012).

<b>Extrinsische Einflussfaktoren</b>	Sind von aussen beeinflusste formelle (bspw .Rehabilitationsteam, Arbeitgebende) oder informelle (bspw. Angehörige, Freunde, Nachbarn) Ressourcen einer Person (Koch et al., 2005).
<b>Fatigue</b>	Bezeichnet die krankhafte Ausprägung von Müdigkeit und Erschöpfung, mit massiven Auswirkungen auf alle alltäglichen Aktivitäten, das psychosoziale Wohlbefinden sowie die subjektive Lebensqualität (Lorenz, 2010)
<b>Funktionsfähigkeit</b>	Ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren). (DIMDI, 2005)
<b>Handlungsfähigkeit</b>	„(...) Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen allein und/oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, durchführen und kriterienorientiert bewerten zu können. Handlungsfähigkeit ist für uns situationsbezogen“ (Nieuwesteeg-Gutzwiller, & Somazzi, 2009).
<b>Hämorrhagischer Schlaganfall</b>	Hirnschädigung aufgrund einer Massendurchblutung wegen akuten Einblutungen ins Gehirn (Habermann, & Kolster, 2008, S. 204).
<b>Hemiparese</b>	Bezeichnet eine inkomplette Halbseitenlähmung der kontraläsionalen Seite nach einer Hirnläsion (Habermann, & Kolster, 2008, S. 885).
<b>Hemiplegie</b>	Ist eine vollständige Halbseitenlähmung der kontraläsionalen Seite nach einer Hirnläsion (Habermann, & Kolster, 2008, S. 885).
<b>Intrinsische Einflussfaktoren</b>	Sind personelle Faktoren wie Geduld, Motivation und Einstellung (Koch et al., 2005).
<b>Ischämischer Schlaganfall</b>	Hirnschädigung aufgrund einer Minderdurchblutung des Gehirns. Wird auch als Hirninfarkt oder Hirninsult bezeichnet. (Habermann, & Kolster, 2008, S. 204)
<b>Kontextfaktoren</b>	Sie bilden im ICF den Kontext also den Hintergrund, welcher zur Beurteilung des Gesundheitszustandes notwendig ist und werden in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren unterschieden. (DIMDI,

2005)

---

<b>Körperfunktionen</b>	Diese sind physiologische Funktionen von Körpersystemen. Mit Körper sei der menschliche Organismus als Ganzes gemeint, schliesse folglich das Gehirn ein, was die Begründung ist, dass mentale Funktionen also psychologische Funktionen auch inkludiert. (DIMDI, 2005)
<b>Körperstrukturen</b>	„Strukturelle oder anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, die nach Körpersystemen klassifiziert sind. Als Standard für diese Strukturen wird die statistische Norm für Menschen angesehen.“ (DIMDI, 2005)
<b>Lebensqualität</b>	„Gesundheitsbezogene Lebensqualität umfasst das körperliche, psychische und soziale Befinden und die Funktionsfähigkeit. Es ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das auf subjektiven Einschätzungen basiert, die durch komplexe individuelle Bewertungsvorgänge zustande kommen.“ (Renneberg, & Lipcke, 2006)
<b>Lebensstil</b>	Ist für eine Person oder Personengruppe kennzeichnende Kombination von Verhaltensweisen. Diese stellt ein Muster dar, welches die Person oder Personengruppe von anderen sichtbar unterscheidet. Der Lebensstil repräsentiert kulturelle oder subkulturelle Orientierungswerte.
<b>Neglect</b>	Dies beschreibt «eine nicht allein durch sensomotorische Defizite zu erklärende gestörte Fähigkeit des Patienten auf kontralateral zur Läsion gelegene Reize adäquat zu reagieren, und / oder sich aktiv in den kontralateralen Raum hin zu orientieren, um diesen zu explorieren oder in ihm zu handeln» (Heilmann, Watson, & Valenstein, 2000)
<b>Partizipation (Teilhabe)</b>	Teilhabe wird als Synonym für Partizipation verwendet. Sie bedeutet das „Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2005).
<b>Peers</b>	Menschen, welche die gleichen Lebensumstände oder Erfahrungen teilen, wie der Betroffene (Habermann, & Kolster, 2008, S. 193)
<b>Peer debriefings</b>	Lincoln und Guba (1985) bezeichnen dies als einen "Prozess, bei dem man sich einem unbeteiligten Peer in einer Weise aussetzt, die einer analytischen Sitzung

entspricht und zu dem Zweck, Aspekte der Untersuchung zu erforschen, die andernfalls nur implizit im Kopf des Untersuchers verbleiben könnten".

<b>Personenbezogene Faktoren</b>	„Sind Kontextfaktoren, die sich auf die betrachtete Personen beziehen, wie Alter, Geschlecht, sozialer Status, Lebenserfahrung usw.“ (DIMDI, 2005).
<b>Präventive Bewältigungsstrategien</b>	Mögliche Probleme/Barrieren werden im Voraus erkannt und es wird eine geeignete Strategie zur Bewältigung des Problems ausgedacht (Brannigan et al., 2017).
<b>Produktivität</b>	Bezieht sich auf Aktivitäten (bezahlte und nicht bezahlte), die Dienstleistungen oder Waren für andere bereitstellen (Taylor, 2017, S. 6).
<b>Rolle</b>	Eine Rolle ist definiert durch Verhaltensweisen, welche von der Gesellschaft erwartet werden. Kultur und Kontext beeinflussen diese Verhaltensweisen (AOTA, 2014).
<b>Spastik</b>	Geschwindigkeitsabhängiger Widerstand gegen eine passive Bewegung (Habermann, & Kolster, 2008, S. 887).
<b>Stakeholder</b>	Personen, Organisationen und Behörden, welche nach einem Ereignis involviert sind. Dazu gehören Arbeitgebende, Mitarbeitende, Gewerkschaftsgruppen, Rechtsvertretende, Gesundheitsdienstleistende, Versicherungen und enges soziales Umfeld. (Young, Wasiak, Roessler, McPherson, Anema, & van Poppel, 2005)
<b>Umweltfaktoren</b>	Sind eine Komponente der ICF und beziehen sich auf alle Aspekte der externen oder extrinsischen Welt, die den Kontext des Lebens einer Person bilden und als solche einen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit der Person haben. Umweltfaktoren umfassen die natürliche materielle Welt mit ihren Eigenschaften, die vom Menschen geschaffene materielle Welt, andere Menschen in verschiedenen Beziehungen und Rollen, Einstellungen und Werte, Sozialsysteme und Dienste sowie Handlungsgrundsätze, Regeln und Gesetze. (DIMDI, 2005)
<b>Vegetative Funktionen</b>	Vom Körper selbständig ausgeführte, unbewusste und unwillkürliche Funktionen (Zervos-Kopp, 2017, S. 333).

<b>Well-being</b>	Dieser Begriff wird mit Wohlbefinden übersetzt und wird gemäss Townsend und Polatajko (2013) vom Individuum erlebt, wenn ausgeführte Betätigungen mit den Werten, Präferenzen, Fähigkeiten und Identität der Person übereinstimmen.
<b>Werte</b>	Strukturen normativer Erwartungen, die sich im Zuge reflektierter Erfahrung (Tradition, Sozialisation, Entwicklung einer Weltanschauung) herausbilden. Werte strukturieren das Erkennen, Erleben und Wollen, indem sie Orientierungsmaßstäbe für die Bevorzugung von Gegenständen oder Handlungen bilden (Werte, 2018, Februar 19)
<b>Work-Life-Balance</b>	Das Ausmass, mit der eine Person engagiert und gleichzeitig zufrieden ist mit seiner Arbeitsrolle und seiner Familien/Freizeitrolle ist. Es wird in drei Komponenten unterschieden: Zeitbalance, Beteiligungsbalance und Zufriedenheitsbalance (Greedhaus, Collins, & Shaw, 2003).

## Anhang B) Suchmatrix

Benutze Suchbegriffe	Datenbank	Anzahl Treffer	Relevante Titel	Relevante Abstracts	Relevante Studien
<b>Stroke AND employment AND “barriers and facilitators”</b>	Cinahl complete	8	4	4	<p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a></p> <p>Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., &amp; Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a></p> <p>Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., &amp; Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i>, 51(10), 741–748. <a href="https://doi.org/10.2340/16501977-2591">https://doi.org/10.2340/16501977-2591</a></p> <p>Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., &amp; Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a></p>
<b>Stroke OR cerebrovascular accident OR cva AND job re-entry AND barriers</b>	CINAHL complete	23	11	10	<p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a></p> <p>Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., &amp; De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i>, 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a></p> <p>Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., &amp; Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a></p> <p>Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., &amp; Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational</p>

Specialist, and Employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 325–340.  
<https://doi.org/10.1310/tsr1804-325>

Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., & Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 51(10), 741–748. <https://doi.org/10.2340/16501977-2591>

Graham, J. R., Pereira, S., & Teasell, R. (2011). Aphasia and return to work in younger stroke survivors. *Aphasiology*, 25(8), 952–960. <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.563861>

Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 326–334.  
<https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044>

Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28–44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>

Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(3), 195–215.  
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083>

Wang, Y.-C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, 47(4), 553–559. <https://doi.org/10.3233/WOR-131627>

<b>Cerebrovascular accident AND work AND experience</b>	AMED	10	2	2	<p>Medin, J., Barajas, J., &amp; Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 28(17), 1051–1060.  <a href="https://doi.org/10.1080/09638280500494819">https://doi.org/10.1080/09638280500494819</a></p> <p>Röding, J., Lindström, B., Malm, J., &amp; Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible—younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 25(15), 867–874. <a href="https://doi.org/10.1080/0963828031000122276">https://doi.org/10.1080/0963828031000122276</a></p>
<b>Stroke OR Cerebrovascular accident OR cva AND occupational therap* AND work rehabilitation</b>	CINAHL complete	14	7	6	<p>Chan ML. (2008). Description of a return-to-work occupational therapy programme for stroke rehabilitation in Singapore. <i>Occupational Therapy International</i>, 15(2), 87–99.  <a href="https://doi.org/10.1002/oti.248">https://doi.org/10.1002/oti.248</a></p> <p>Mentrup C, Niehaus A, &amp; Kielhofner G. (1999). Applying the model of human occupation in work-focused rehabilitation: A case illustration. <i>Work</i>, 12(1), 61–70.</p>

Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., & Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 349–356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>

Saito, Y., Mineo, M., & Yaeda, J. (2013). Work support for working age persons who have experienced a stroke in Japan: Cooperation between hospitals and work support agencies. *Work*, 45(2), 267–272. <https://doi.org/10.3233/WOR-131593>

<b>Stroke OR cerebrovascular accident OR cva AND job re-entry AND influence</b>	CINAHL complete	15	6	2	Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 18(4), 341–351. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-341">https://doi.org/10.1310/tsr1804-341</a>  Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. <i>Work</i> , 55(4), 901–911. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-162455">https://doi.org/10.3233/WOR-162455</a>
<b>Stroke AND Vocational rehabilitation AND Occupational Therapy</b>	AMED	3	1	1	Phillips, J., Gaffney, K., Phillips, M., & Radford, K. (2019). Return to work after stroke – Feasibility of 6-year follow-up. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 82(1), 27–37. <a href="https://doi.org/10.1177/0308022618791976">https://doi.org/10.1177/0308022618791976</a>
<b>Stroke AND Vocational Rehabilitation</b>	AMED	9	4	3	Phillips, J., Gaffney, K., Phillips, M., & Radford, K. (2019). Return to work after stroke – Feasibility of 6-year follow-up. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 82(1), 27–37. <a href="https://doi.org/10.1177/0308022618791976">https://doi.org/10.1177/0308022618791976</a>  Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. <i>Work</i> . 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.  Wei, X.-J., Liu, X.-F., & Fong, K. N. K. (2016). Outcomes of return-to-work after stroke rehabilitation: a systematic review. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 679(5), 299-308. Library Holdings
<b>Stroke AND Return to Work AND qualitative</b>	AMED	3	2	1	Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. <i>Work</i> . 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.
<b>Stroke AND Employment AND Barriers</b>	AMED	4	2	1	Wang, Y.-C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. <i>Work</i> , 47(4), 553–559. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-131627">https://doi.org/10.3233/WOR-131627</a>
<b>Stroke AND Employment AND qualitative</b>	AMED	5	3	0	
<b>Stroke AND return to work</b>	OTseeker	2	0	0	

<b>Stroke AND Vocational Rehabilitation</b>	OTseeker	0	0	0	
<b>Stroke AND Employment AND Barriers</b>	Medline	32	16	8	<p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a></p> <p>Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., &amp; De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i>, 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a></p> <p>Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., &amp; Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a></p> <p>Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., &amp; Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a></p> <p>Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., &amp; Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i>, 51(10), 741–748. <a href="https://doi.org/10.2340/16501977-2591">https://doi.org/10.2340/16501977-2591</a></p> <p>Hartke, R. J., &amp; Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 22(5), 326–334. <a href="https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044">https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044</a></p> <p>Scott, S. L., &amp; Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. <i>Occupational Therapy in Health Care</i>, 32(3), 195–215. <a href="https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083">https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083</a></p>
<b>Stroke AND Employment And Faciliators</b>	Medline	0			
<b>Stroke AND Employment AND Qualitative</b>	Medline	35	19	6	<p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a></p>

					Balasooriya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i> , 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a>
					Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a>
					Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 18(4), 341–351. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-341">https://doi.org/10.1310/tsr1804-341</a>
					Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. <i>Work</i> , 55(4), 901–911. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-162455">https://doi.org/10.3233/WOR-162455</a>
					Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> , 32(3), 195–215. <a href="https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083">https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083</a>
<b>Stroke AND return to work AND qualitative</b>	Medline	40	23	15	Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, & Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a>
					Balasooriya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i> , 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a>
					Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a>
					Coole C, Radford K, Grant M, Terry J. (2013). Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. <i>J Occup Rehabil</i> .23(3):406-18. doi: 10.1007/s10926-012-9401-1. PMID: 23212240; PMCID: PMC3734737.
					Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational

---

Specialist, and Employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 325–340.  
<https://doi.org/10.1310/tsr1804-325>

- Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., & Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 51(10), 741–748. <https://doi.org/10.2340/16501977-2591>
- Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 341–351.  
<https://doi.org/10.1310/tsr1804-341>
- Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 326–334.  
<https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044>
- Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. *Work*, 55(4), 901–911. <https://doi.org/10.3233/WOR-162455>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., & Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 349–356.  
<https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>
- Palstam A, Törnbom M, Sunnerhagen KS. (2018). Experiences of returning to work and maintaining work 7 to 8 years after a stroke: a qualitative interview study in Sweden. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021182.
- Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28–44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>
- Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(3), 195–215.  
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083>
- Törnbom K, Lundälv J, Sunnerhagen KS. (2019). Long-term participation 7-8 years after stroke: Experiences of people in working-age. *PLoS One*. 14(3):e0213447. doi: 10.1371/journal.pone.0213447. PMID: 30865696; PMCID: PMC6415844.
-

					Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. <i>Work</i> . 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.
<b>Stroke OR Cerebrovascular Insult AND Vocational rehabilitation</b>	Medline	54	15	10	<p>Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., &amp; De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i>, 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a></p> <p>Chan ML. (2008). Description of a return-to-work occupational therapy programme for stroke rehabilitation in Singapore. <i>Occupational Therapy International</i>, 15(2), 87–99. <a href="https://doi.org/10.1002/oti.248">https://doi.org/10.1002/oti.248</a></p> <p>Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., &amp; Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a></p> <p>Hartke, R. J., Trierweiler, R., &amp; Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 341–351. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-341">https://doi.org/10.1310/tsr1804-341</a></p> <p>Hartke, R. J., &amp; Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 22(5), 326–334. <a href="https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044">https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044</a></p> <p>Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., &amp; Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. <i>Work</i>, 55(4), 901–911. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-162455">https://doi.org/10.3233/WOR-162455</a></p> <p>Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., &amp; Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>, 24(5), 349–356. <a href="https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404">https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404</a></p> <p>Saito, Y., Mineo, M., &amp; Yaeda, J. (2013). Work support for working age persons who have experienced a stroke in Japan: Cooperation between hospitals and work support agencies. <i>Work</i>, 45(2), 267–272. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-131593">https://doi.org/10.3233/WOR-131593</a></p> <p>Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. <i>Work</i>. 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.</p> <p>Wang, Y.-C., Kapellusch, J., &amp; Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. <i>Work</i>, 47(4), 553–559. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-131627">https://doi.org/10.3233/WOR-131627</a></p>

<b>Stroke AND return to work AND qualitative study</b>	Pub Med	40	12	4	<p>Palstam A, Törnborn M, Sunnerhagen KS. (2018). Experiences of returning to work and maintaining work 7 to 8 years after a stroke: a qualitative interview study in Sweden. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021182.</p> <p>Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. <i>Work</i>. 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.</p> <p>Coole C, Radford K, Grant M, Terry J. (2013). Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. <i>J Occup Rehabil</i>.23(3):406-18. doi: 10.1007/s10926-012-9401-1. PMID: 23212240; PMCID: PMC3734737.</p> <p>Törnborn K, Lundälv J, Sunnerhagen KS. (2019). Long-term participation 7-8 years after stroke: Experiences of people in working-age. <i>PLoS One</i>. 14(3):e0213447. doi: 10.1371/journal.pone.0213447. PMID: 30865696; PMCID: PMC6415844.</p>
<b>Stroke AND Employment AND Barriers</b>	PubMed	42	12	8	<p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a></p> <p>Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., &amp; De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i>, 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a></p> <p>Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., &amp; Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a></p> <p>Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., &amp; Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a></p> <p>Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., &amp; Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i>, 51(10), 741–748. <a href="https://doi.org/10.2340/16501977-2591">https://doi.org/10.2340/16501977-2591</a></p> <p>Hartke, R. J., Trierweiler, R., &amp; Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i>, 18(4), 341–351. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-341">https://doi.org/10.1310/tsr1804-341</a></p>

					Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> , 32(3), 195–215. <a href="https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083">https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083</a>
					Wang, Y.-C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. <i>Work</i> , 47(4), 553–559. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-131627">https://doi.org/10.3233/WOR-131627</a>
<b>Stroke And Employment AND Faciliators</b>	PubMed	49	23	7	Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i> , 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00997</a>
					Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a>
					Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a>
					Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., & Lindgren, I. (2019). Need for Structured Healthcare Organization and Support for Return to Work After Stroke in Sweden: Experiences of Stroke Survivors. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i> , 51(10), 741–748. <a href="https://doi.org/10.2340/16501977-2591">https://doi.org/10.2340/16501977-2591</a>
					Schulz, C., Godwin, K. M., Hersch, G. I., Hyde, L. K., Irabor, J. J. and Ostwald, S. K. (2017). Return to work predictors of stroke survivors and their spousal caregivers. [References]. <i>Work</i> , 57(1), S. 111-124. DOI: 10.3233/WOR-172544
					Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i> , 28(1), 28–44. <a href="https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2">https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2</a>
					Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> , 32(3), 195–215. <a href="https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083">https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083</a>
<b>Stroke OR “cerebrovascular insult” AND “Vocational</b>	PsycINFO	0	0	0	

**Rehabilitation” OR  
“Work Integration” AND  
Barriers AND  
Faciliators**

<b>Stroke OR “cerebrovascular insult” AND “Return to Work” (in Abstract) AND Experience</b>	PsycIN FO	80	12	11	
					Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, & Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 29(24), 1858–1869. <a href="https://doi.org/10.1080/09638280601143356">https://doi.org/10.1080/09638280601143356</a>
					Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i> , 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a>
					Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 18(4), 325–340. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-325">https://doi.org/10.1310/tsr1804-325</a>
					Graham, J. R., Pereira, S., & Teasell, R. (2011). Aphasia and return to work in younger stroke survivors. <i>Aphasiology</i> , 25(8), 952–960. <a href="https://doi.org/10.1080/02687038.2011.563861">https://doi.org/10.1080/02687038.2011.563861</a>
					Gustafsson, L., & Turpin, M. (2012). Analysis of One Stroke Survivor's Transition into Vocational Experiences. <i>Brain Impairment</i> , 13(1), 99-107. doi:10.1017/Brlmp.2012.8
					Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 18(4), 341–351. <a href="https://doi.org/10.1310/tsr1804-341">https://doi.org/10.1310/tsr1804-341</a>
					Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> , 22(5), 326–334. <a href="https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044">https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044</a>
					Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. <i>Work</i> , 55(4), 901–911. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-162455">https://doi.org/10.3233/WOR-162455</a>
					Killey, J., Gustafsson, L., & Hoyle, M. (2014). Paths to Work after Stroke in Australia. <i>Brain Impairment</i> , 15(2), 99-106. doi:10.1017/Brlmp.2014.18

Medin, J., Barajas, J., & Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), 1051–1060. <https://doi.org/10.1080/09638280500494819>

Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. *Work*. 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.

<b>Stroke OR “cerebrovascular insult” AND Work OR Job AND Barriers AND Faciliators</b>	PsycN FO	0	0	0	
<b>Stroke OR “cerebrovascular insult” AND “Return to Work” AND Barriers OR Faciliators</b>	PsycN FO	58	9	6	<p>Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., &amp; Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. <i>Disability &amp; Rehabilitation</i>, 39(3), 211–222. <a href="https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242">https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242</a></p> <p>Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., &amp; Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. <i>Work</i>, 55(4), 901–911. <a href="https://doi.org/10.3233/WOR-162455">https://doi.org/10.3233/WOR-162455</a></p> <p>Killey, J., Gustafsson, L., &amp; Hoyle, M. (2014). Paths to Work after Stroke in Australia. <i>Brain Impairment</i>, 15(2), 99-106. doi:10.1017/BrImp.2014.18</p> <p>Scott, S. L., &amp; Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. <i>Occupational Therapy in Health Care</i>, 32(3), 195–215. <a href="https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083">https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083</a></p> <p>Schulz, C., Godwin, K. M., Hersch, G. I., Hyde, L. K., Irabor, J. J. and Ostwald, S. K. (2017). Return to work predictors of stroke survivors and their spousal caregivers. [References]. <i>Work</i>, 57(1), S. 111-124. DOI: 10.3233/WOR-172544</p> <p>Schwarz, B., Claros-Salinas, D., &amp; Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. <i>Journal of Occupational Rehabilitation</i>, 28(1), 28–44. <a href="https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2">https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2</a></p>
<b>Stroke OR “cerebrovascular insult” AND “Vocational Rehabilitation” OR</b>	PsycN FO	182	56	20	<p>Aadal, L., Pallesen, H., Arntzen, C., &amp; Moe, S. (2018). Municipal cross-disciplinary rehabilitation following stroke in Denmark and Norway: A qualitative study. <i>Rehabilitation Research and Practice</i>, 2018, 1-12. <a href="http://dx.doi.org/10.1155/2018/1">http://dx.doi.org/10.1155/2018/1</a></p> <p>Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, &amp; Penhale B. (2007). Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid</p>

**“Work Integration” AND  
“Qualitative Study”**

employment. *Disability & Rehabilitation*, 29(24), 1858–1869.  
<https://doi.org/10.1080/09638280601143356>

- Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. *Disability & Rehabilitation*, 39(3), 211–222.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242>
- Coole C, Radford K, Grant M, Terry J. (2013). Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *J Occup Rehabil.*23(3):406-18. doi: 10.1007/s10926-012-9401-1. PMID: 23212240; PMCID: PMC3734737.
- Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 325–340.  
<https://doi.org/10.1310/tsr1804-325>
- Gustafsson, L., & Turpin, M. (2012). Analysis of One Stroke Survivor's Transition into Vocational Experiences. *Brain Impairment*, 13(1), 99-107. doi:10.1017/BrImp.2012.8
- Hartke, R. J., Trierweiler, R., & Bode, R. (2011). Critical Factors Related to Return to Work After Stroke: A Qualitative Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 341–351.  
<https://doi.org/10.1310/tsr1804-341>
- Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 22(5), 326–334.  
<https://doi.org/10.1179/1074935714Z.00000000044>
- Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Falkdal, A. H., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. *Work*, 55(4), 901–911. <https://doi.org/10.3233/WOR-162455>
- Killey, J., Gustafsson, L., & Hoyle, M. (2014). Paths to Work after Stroke in Australia. *Brain Impairment*, 15(2), 99-106. doi:10.1017/BrImp.2014.18
- Kuluski, K., Locock, L. and Lyons, R. F. (2014). Life interrupted and life regained? Coping with stroke at a young age. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1). DOI: 10.3402/qhw.v9.22252
- Medin, J., Barajas, J., & Ekberg, K. (2006). Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), 1051–1060.  
<https://doi.org/10.1080/09638280500494819>

- Phillips, J., Gaffney, K., Phillips, M., & Radford, K. (2019). Return to work after stroke – Feasibility of 6-year follow-up. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0308022618791976>
- Schulz, C., Godwin, K. M., Hersch, G. I., Hyde, L. K., Irabor, J. J. and Ostwald, S. K. (2017). Return to work predictors of stroke survivors and their spousal caregivers. [References]. *Work*, 57(1), S. 111-124. DOI: 10.3233/WOR-172544
- Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28–44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>
- Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(3), 195–215. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083>
- Vestling M, Ramel E, Iwarsson S. (2013). Thoughts and experiences from returning to work after stroke. *Work*. 45(2):201-11. doi: 10.3233/WOR-121554. PMID: 23324712.
- Wang, Y.-C., Kapellusch, J., & Garg, A. (2014). Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, 47(4), 553–559. <https://doi.org/10.3233/WOR-131627>

**Stroke AND Return to Work**

PubPsy 28 16 6  
ch

- Kemp, J. van der, Kruithof, W. J., Nijboer, T. C. W., Bennekom, C. A. M. van, Heugten, C. van, & Visser-Meily, J. M. A. (2019). Return to work after mild-to-moderate stroke: Work satisfaction and predictive factors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(4), 638–653. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1313746>
- Kauranen, T., Turunen, K., Laari, S., Mustanoja, S., Baumann, P., & Poutiainen, E. (2013). The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischaemic stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84(3), 316–321. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302629>
- Langhammer, B., Sunnerhagen, K. S., Sällström, S., Becker, F., & Stanghelle, J. K. (2018). Return to work after specialized rehabilitation—An explorative longitudinal study in a cohort of severely disabled persons with stroke in seven countries.
- Passier, P. E. C. A., Visser-Meily, J. M. A., Rinkel, G. J. E., Lindeman, E., & Post, M. W. M. (2011). Life Satisfaction and Return to Work After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 20(4), 324–329. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.02.001>

Schönberger, M., Hansen, N. R., Pedersen, D. T., Zeeman, P., & Jørgensen, J. R. (2010). The Relationship Between Physical Fitness and Work Integration Following Stroke. *Brain Impairment*, 11(3), 262–269. <https://doi.org/10.1375/brim.11.3.262>

Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. *BMJ Open*, 6(4), e009974. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009974>

<b>Stroke AND “Vocational Rehabilitation” AND qualitative</b>	PubPsy ch	3	0	0	
<b>Stroke AND “Vocational Rehabilitation”</b>	PubPsy ch	11	3	0	
<b>Stroke AND Barriers AND Job reentry</b>	PubPsy ch	3	1	1	Balasoorya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2016). Barriers and facilitators to staying in work after stroke: Insight from an online forum. <i>BMJ Open</i> , 6(4), e009974. <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009974">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009974</a>
<b>Stroke AND Faciliators AND Job reentry</b>	PubPsy ch	0	0	0	

## Anhang C) AICA Raster Hauptstudie 1, Gard et al. (2019)

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen / Problemstellung</b> Die Rückkehr in den Beruf sei wichtig für das Wellbeing und die Gesundheit an sich. Es kehren aber verhältnismässig wenige Betroffene in den Beruf zurück. Die Studie möchte herausfinden, was es für eine Unterstützung für den Betroffenen braucht und welche Barrieren es momentan noch gibt. Der RTW Prozess sei sehr komplex und werde von vielen Stakeholdern beeinflusst und geprägt. Er könne durch organisatorische, persönliche und Umweltfaktoren beeinflusst werden. Dabei wird der Mangel an Kommunikation zwischen dem klinischen und dem arbeitgebenden Sektor kritisiert. Ebenfalls persönliche Faktoren wie Fatigue und Depression werden als Barrieren beschrieben. 4 Akteure stellen Unterstützung für den RTW Prozess bereit: Arbeitsrehabilitation, Sozialversicherungen,</p>	<p><b>Ansatz / Design</b> Es handelt sich um eine qualitative Studie, ein genaueres Design wird nicht genannt. Sie gehen von Erfahrungen der betroffenen Personen aus, um die Lage in Zukunft für weitere Betroffene verbessern zu können.</p> <p><b>Stichprobe</b> Ursprünglich wurden 39 Personen per Brief angeschrieben, die zu der Zeit von einer laufenden Umfrage kontaktiert wurden. Anschliessend wurden sie telefonisch kontaktiert, um die Teilnahme zu bestätigen. 17 davon waren nicht erreichbar oder wollten nicht an der Studie teilnehmen. Von den restlichen 22 Personen konnten 2 am geplanten Datum nicht teilnehmen, wodurch das Sample aus 20 Personen besteht. Diese Personen wurden im Universitätsspital in Skane, Schweden behandelt, zwischen 18 und 64 jährig, Überweisung zur ambulanten Rehabilitation innerhalb 180 Tage nach dem Schlaganfall und mindestens 10h pro Woche angestellt. Personen, die nicht fließend schwedisch sprechen oder kognitive oder sprachliche Einschränkungen aufgrund des Schlaganfall haben, wurden exkludiert. 15 davon hatten einen Schlaganfall und 5 eine Hirnblutung. Alle Teilnehmenden verwiesen insgesamt eine gute Erholung vom Schlaganfall gemessen am Stroke Impact Scale SIS.</p> <p><b>Datenerhebung</b> Zur Beantwortung der Fragestellung wurden qualitative Interviews in Form von Fokusgruppen durchgeführt, um die Diskussion zwischen den Teilnehmenden zu fördern und an weitere und neue Forschungsfelder aus Perspektive der Betroffenen herauszufinden. Es wurde ein Interviewguide mit offenen Fragen und weiterführenden Fragen erstellt. Diese wurden aufgrund</p>	<p><b>Ergebnisse</b> <u>Anfordern von Rehabilitationsplänen, Gesundheitsinformationen und Koordination:</u> Passender Rehabilitationsinhalt und schrittweise Rückkehr in den Beruf sind fördernd, ungenügende Kommunikation zwischen den Rehabilitationsakteuren waren Barrieren. Einen Rehabilitationsplan in der Frühphase sowie eine Kontaktperson, die einen über die ganze Zeit des RTW-Prozesses begleitet wäre hilfreich.</p> <p><u>Passender Rehabilitationsinhalt und gute zeitliche Koordination:</u> RTW wurde vereinfacht durch interdisziplinären Rehabilitationsinhalt und optimale zeitliche Koordination. Auch das Bewusstsein für die Wichtigkeiten von Erholung und verantwortlich zu sein für die Körpersignale und sich aber gleichzeitig regelmässig körperlich zu betätigen wurden als sehr positiv eingestuft. Es sei einfacher Rehabilitation für die physischen Einschränkungen zu bekommen als für die kognitiven Probleme.</p> <p><u>Schrittweise zurückkehren vereinfachte den RTW-Prozess:</u> Unterstützend war die Möglichkeit, die Arbeitsstunden schrittweise von 10h pro Woche auf 40h pro Woche zu steigern. Zu früh an den Arbeitsplatz zurückzukehren wurde als Barriere identifiziert.</p> <p><u>Mangel von frühen Informationen, regelmässigem Kontakt und keinen Rehabilitationsplan als Barrieren:</u> Als wichtig wurden frühe Informationen über Schlaganfall und ihre Folgen und sowie regelmässige Nachkontrollen. Broschüren um die Mitarbeiter und Angehörigen über die Einschränkungen nach einem Schlaganfall informieren zu können seien wichtig.</p>	<p>Die Forschenden beurteilen die Ergebnisse als reichhaltig. Aufgrund der Daten kann die Forschungsfrage beantwortet werden. Sie beantworten die Fragestellung mit dem Kapitel «Need for structured healthcare organization and support for RTW» und den darin enthaltenen Unterkapiteln: «Requesting rehabilitation planning, healthcare information and coordination» und «Increased support in daily life would facilitate RTW». Weiter wurden Unterstützende Faktoren identifiziert.</p> <p>Sie beleuchten ebenfalls weitere strukturelle Probleme wie beispielsweise, dass durch den verkürzten Spitalaufenthalt versteckte Symptomatik gar nicht</p>

<p>Arbeitgeberverbände und Arbeitgeber. Die Arbeitgeber haben die Verantwortung die Wiedereingliederung zu unterstützen. Bei diesem Prozess sind alle vier Akteure involviert aber kooperieren nicht immer ideal miteinander und muss verbessert werden.</p> <p><b>Forschungsfrage</b> Das Ziel der Studie ist es, durch die Erfahrung von Menschen nach einem Schlaganfall Barrieren und Unterstützungsfaktoren für die Arbeitsreintegrationsprozess herauszufinden</p> <p><b>Zweck</b> Die Forschenden möchten mit der Studie dazu beitragen den RTW-Prozess zu vereinfachen und sicherstellen, dass die Betroffenen eine gute Unterstützung dabei erhalten.</p>	<p>von früheren Forschungsprojekten und Erfahrung der Forschenden erstellt. Die Hauptfrage war es, verschiedene Barrieren und Unterstützungsfaktoren im RTW-Prozess zu beschreiben. Das Fokusgruppeninterview wurde von einem der Autoren moderiert und pro Fokusgruppeninterview nahmen 3-5 Personen teil. Drei weitere Forscher wechselten sich in der Beobachtungsrolle ab und stellten ergänzende Fragen. Sie dauerten zwischen 40min und 70min und wurden aufgenommen und transkribiert.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman analysiert. Zuerst wurde der Interviewtext gelesen und durch zwei Forscher kategorisiert. Die Ergebnisse wurden mehrmals mit allen Forschern diskutiert und validiert. Zitate wurden miteingebunden, um die Ergebnisse zu unterstreichen und zu bestätigen.</p> <p><b>Ethik</b> Das Projekt wurde nach der Deklaration von Helsinki durchgeführt und durch die «Regional Ethics Review Board» in Lund genehmigt.</p>	<p><u>Ungenügende Kommunikation zwischen den Rehabilitationsakteuren hinderten den RTW-Prozess:</u> Ungenügende Kommunikation zwischen Spital, Rehabilitationszentrum, ambulanter Therapie und Sozialversicherungen hinderten den RTW-Prozess</p> <p><u>Bessere Unterstützung im Alltag würde den RTW-Prozess vereinfachen:</u> Mangelnde Unterstützung bei Alltag wie beispielsweise den Transport zum Arbeitsplatz, Situation Zuhause und psychosoziale Unterstützung für Betroffene und deren Angehörigen wurden als Barrieren bezeichnet.</p> <p><u>Transport an den Arbeitsplatz verhinderten oder verlangsamten den RTW-Prozess:</u> Der Transport an den Arbeitsplatz wurde erschwert, weil viele nicht mehr Autofahren durften oder sich im öffentlichen Verkehr nicht zurechtfinden oder die Laufristanz zu lange war. Diese Probleme könnten durch das Home-Office reduziert werden. Aber auch Zuhause traten Barrieren auf wie beispielsweise zu wenig Unterstützung mit dem Haushalt und Kindern und zu wenig psychosoziale Unterstützung für die Familie.</p> <p><b>Präsentation der Ergebnisse</b> Die Resultate wurden in den Kategorien präsentiert und mit Zitaten aus dem Interview unterstützt.</p>	<p>entdeckt werden können und dies dann den Wiedereinstieg ebenfalls erschweren könnte. Sie beschreiben auch, dass der gesellschaftliche Support für die Bewältigung des Alltags ausgebaut werden sollte. Weiter sei es wichtig, dass die Angehörigen und Mitarbeiter sehr gut über die Einschränkungen nach einem Schlaganfall informiert werden sollten damit sie eine unterstützende Rolle im RTW-Prozess einnehmen können.</p>
--	---	--	--

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie?</b> Ja. Die Studie versucht eine wichtige Frage des Wiedereingliederungsprozess</p>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</b> Die qualitative Vorgehensweise ist für die Beantwortung der Fragestellung nachvollziehbar, denn sie möchten ihre Fragestellung mit den Erfahrungen von Betroffenen beantworten können. Ein genaueres Design wird nicht genannt, was kritisiert werden kann.</p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Die Resultate reflektieren die</p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b></p>

<p>von Menschen nach einem Schlaganfall zu beantworten, was ein relevantes Thema für die Ergotherapie ist.</p> <p><b>Ist das beschrieben Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie?</b> Die Forschenden belegen das Phänomen mit Fakten und konkreten Zahlen zu wie viel Prozent der Menschen nach einem Schlaganfall effektiv an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Die Beschreibung des Phänomens ist deutlich und nachvollziehbar, jedoch wird die Studie auf Schweden bezogen.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Ja. Das Ziel wird im Abstract sowie in der Einleitung klar genannt. Es wurde keine konkrete Forschungsfrage sondern ein Ziel definiert.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Ja. Die Forschenden erwähnen mehrere Referenzen und zeigen so die bisherige Forschung auf.</p>	<p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</b> Als Stichprobenziehung wird lediglich beschrieben, dass die Personen alle an einer Umfrage teilnahmen und daraufhin von den Forschenden kontaktiert wurde. Wie die vorherige Stichprobe für die Umfrage stattfand und wer inkludiert wurde wird nicht beschrieben.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Es sind weniger Frauen in die Studie inkludiert (7). Das Durchschnittsalter scheint passend, jedoch wäre es spannend gewesen zu sehen wie die Verteilung der Personen beim Alter aussieht. Also ob viele nahe um dieses Alter liegen und nur wenige die tiefste beziehungsweise höchste Zahl repräsentieren oder ob es gut verteilt ist. Leider wurden Betroffene mit zu starken kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen von der Studie exkludiert. Daher beziehen sich die Ergebnisse nicht auf alle Betroffenen, die nach einem Schlaganfall auf den Beruf zurückgekehrt sind. Auch werden Betroffene, welche nicht auf den Beruf zurückkehren konnten exkludiert.</p> <p><b>Ist die Stichprobengröße angemessen? Wird sie begründet?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, leider wurden aber alle Teilnehmer im gleichen Spital und in der gleichen Region behandelt. Es wird begründet wie die Forschenden von 39 auf 20 kamen jedoch nicht was ihr empfinden dazu ist.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Das Setting wurde gut beschrieben. Die Teilnehmenden werden angemessen beschrieben, die Verteilung in Bezug auf Alter wäre noch interessant gewesen.</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?</b> Ja. Es werden Menschen befragt, welche das Phänomen durch den Schlaganfall selbst erlebt haben und aus ihrer Erfahrung berichten können.</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja. Alle Teilnehmenden arbeiten wieder (teilweise Teilprozent) oder befinden sich im Arbeitstraining.</p> <p><b>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</b> Ja, es geht in erster Linie um das Menschliche Erleben und die Verhaltensmuster, sowie soziale Prozesse.</p> <p><b>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</b> Die Vorgehensweise für die Datenerhebung wurde genau beschrieben und begründet (Fokusgruppeninterviews können zu mehr Diskussion zwischen den Teilnehmern anregen</p>	<p>Reichhaltigkeit der Daten, es werden sehr unterschiedliche Aspekte aufgegriffen.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Sie sind mit den Zitaten gut im Kontext verankert. Weiter gehen die Ergebnisse direkt aus den Gesprächen mit den Teilnehmenden hervor daher präzise. Visuell unterscheidbar vom Rest des Textes.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Die Kategorien sind gut ausgewählt und die Abbildung im Ergebnisteil trägt zum erweiterten Verständnis dieser bei.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Ja. Zitate werden für die Nachvollziehbarkeit der Aussagen hinzugezogen.</p>	<p>Ja. Die Interpretation ist sehr verständlich aufgebaut und verbindet die Ergebnisse gut mit weiterführender Literatur. Durch die Auseinandersetzung mit den identifizierten Faktoren wird das bessere Verständnis gewährleistet.</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Die Forschungsfrage konnte erfolgreich beantwortet werden und es werden Kategorien aufgezeigt, wo Ansatzpunkte für die Zukunft darstellen sollen. Gerade der erste Teil der Diskussion bezieht sich auf die Beantwortung der Fragestellung was sehr übersichtlich ist.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Ja. Die Forschenden ziehen weitere Literatur hinzu um ihre Ergebnisse wie die Wichtigkeit der Koordination im Rehabilitationsprozess zu stützen. Zudem gehen sie auf weitere Aspekte</p>
--	--	--	--

<p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Die Signifikanz der Arbeit wird in der Einleitung klar erkennbar indem vorhandene Barrieren aufgezeigt werden.</p>	<p>und es können auch neue Forschungsfelder evaluiert werden). Diskutiert wird, ob die Forscher durch ihr vorgängiges Wissen die Fragen für die Fokusinterviews beeinflusst haben könnten.</p> <p><b>Wird die Datensättigung diskutiert?</b> Die Datensättigung wurde nichtdiskutiert jedoch als gut bewertet, da gemäss den Forschenden viele Ergebnisse zusammenkamen.</p> <p><b>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</b> Die Teilnehmenden konnten alle freiwillig teilnehmen.</p> <p><b>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</b> Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird eher kurz aber klar beschrieben und es werden Referenzierungen gemacht.</p> <p><b>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</b> <b>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</b> Ja. Die Datenanalyse wird nach Graneheim und Lundman durchgeführt. Die Analyseschritte werden nicht genau beschrieben, jedoch wird auf das Analyseverfahren hingewiesen wo man sich vertieft auseinandersetzen kann.</p> <p><b>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</b> Ja. Anhand der Durchführung des Analyseverfahrens sollte dies so sein.</p> <p><b>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</b> Die Analyse wurde von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt, was die Glaubwürdigkeit sicherstellen soll. Zudem wurden die Kategorien wiederholt mit allen Autoren besprochen.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b> Entscheidungen wurden von mehreren Autoren diskutiert.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Die Studie wurde durch eine Ethikkommission genehmigt und wurde nach der Deklaration von Helsinki durchgeführt.</p>	<p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Ja. Die Kategorien zeigen die identifizierten Faktoren schlüssig auf.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Mehrheitlich. Manche Inhalte der Kategorien wiederholen sich teilweise.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Die Unterteilungen und Kategorisierungen sind nachvollziehbar. Die Resultate werden in kein Modell einbezogen.</p>	<p><b>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar?</b> Ja. Die Barrieren und Unterstützungsfaktoren konnten durch die Fokusinterviews herausgenommen werden und daraus kann abgeleitet werden, wie man Menschen nach einem Schlaganfall in Zukunft gezielter unterstützen kann, was eine Aufgabe der Ergotherapie ist.</p> <p><b>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</b></p> <p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja. Die S</p> <p><b>Welches ist der Evidence-Level der Studie?</b></p>
--	---	---	--

## Anhang D) AICA Raster Hauptstudie 2, Hartke et al. (2011)

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen / Problemstellung</b> Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem Schlaganfall aus Sicht der Betroffenen. Bezahlte Arbeit ist ein wichtiger Indikator für eine gute Erholung nach einem Schlaganfall. Rund ein Drittel der Betroffenen sind unter 65 Jahre alt und möchten an den Arbeitsplatz zurückkehren. Dabei sind soziale wie auch finanzielle Aspekte zentral.</p> <p><b>Forschungsfrage</b> Das Ziel der Studie sei es, die Barrieren und Unterstützungsfaktoren zu definieren, welche von Betroffenen nach einem Schlaganfall genannt werden. Die Hauptthemen und weitere Vorschläge für die Praxis wurden zudem diskutiert.</p> <p><b>Zweck</b></p>	<p><b>Ansatz / Design</b> Die Forschenden wählten das qualitative Studiendesign aus, weil sie sich dadurch mehr Daten zum genannten Phänomen aus Sicht der Betroffenen wünschen. Das Design wird aber nicht genauer erläutert.</p> <p><b>Stichprobe</b> Rekrutierung der Stichproben durch Flyer in einem Rehabilitationszentrum und durch persönliche Kontakte eines Forschenden (→fragwürdig aber ansonsten gezielt). Einschlusskriterien: min. 3 Monate Post-Stroke, 18 Jahre alt oder älter, zurückgekehrt an den Arbeitsplatz oder möchte an den Arbeitsplatz zurückkehren, nur milde bis moderate kognitive oder kommunikative Einschränkungen gemessen am National Institute of Health (NIH) Stroke Scale of FIM. 8 Männer, 4 Frauen. Durchschnittsalter 51 Jahre (31-67), Arbeitstypen von nicht ausgebildeten (Lastwagenfahrer, Putzangestellte, Kundenservice, Verkauf) bis ausgebildeten (Finanzanalyse, Doktor, Business Manager)</p> <p><b>Datenerhebung</b> Interviews durchgeführt durch die erste Autorin. Alle wurden aufgenommen und transkribiert. Interviewfragen wurden als offene Fragen gestellt. Die Interviewerin</p>	<p><b>Ergebnisse</b> <u>Finanziell:</u> Finanzielle Themen konnten für die Rückkehr an den Arbeitsplatz motivieren, insbesondere weil sie Angst vor einem Verlust der Leistungen der Krankenkassen hatten. Finanzieller Verlust durch nicht arbeiten wurde von den Betroffenen früh nach ihrem Schlaganfall erfahren, da sie sich nicht sicher waren, ob sie genug Geld verdienen können nach einem RTW.</p> <p><u>Einschränkungen als Barriere:</u> Defizite wie z.B. physische, kognitive, visuelle Wahrnehmung und Kommunikationseinschränkungen oder Fatigue. Handparese als Schwierigkeit, da oft eine hohe Effizienz beim Tastaturschreiben erwartet wird. Spastik &amp; Fortbewegungsprobleme als Einschränkung bei physisch anstrengenderen Jobs. Kognitive Einschränkungen wie mentale Verlangsamung, Gedächtnisprobleme, visuelle und Wahrnehmung, Orientierung. Sprachprobleme waren speziell schwierig nicht nur bei Arbeitsaufgaben auch bei sozialer Interaktion. Fatigue erforderte schrittweise Rückkehr.</p> <p><u>Interpersonelle Unterstützung:</u> Wichtiger Faktor war die Reaktion von anderen auf den Willen des Betroffenen. Einige waren sehr unterstützend und andere weniger. Einerseits war die Unterstützung wichtig aber andererseits gab es eine Ambivalenz weil sie besorgt um das Well-Being des Betroffenen waren. Diskriminierende Reaktionen wurden von Betroffenen erfahren, die auffallende Defizite nachwiesen (Aphasie→blockierte die soziale Interaktion) vor allem wenn sich die Betroffenen an neuen Arbeitsplätzen beworben haben.</p> <p><u>Therapie unterstützte den RTW:</u> - Ärzte als Gatekeeper zu Therapieressourcen - Andere Therapeuten der Reha betonten die Wichtigkeit der Arbeit, führten Realitätstests durch und waren eine grosse Unterstützung. Wissen und Zugang zu Arbeitstherapeuten war unterschiedlich, aber es wurde als sehr wichtig wahrgenommen einschliesslich der emotionalen Unterstützung, Fähigkeitsassessments, Bewerbung und Vermittlung zu Arbeitgebern. Beteiligung eines Arbeitstherapeuten wurde positiv angesehen als Unterstützung für konkrete Informationen, Ressourcen und Verhandlungen mit dem Arbeitgeber.</p>	<p>Die Ergebnisse werden mit vorhandener Literatur in Verbindung gebracht und somit nochmals verdeutlicht.</p> <p>Es wird aufgezeigt, dass der Prozess des RTW Multifaktoriell Beeinflusst werde und mehr als die körperlichen Auswirkungen vom Schlaganfall beinhaltet. Die Bemühungen für einen erfolgreichen RTW startet beim Betroffenen, jedoch ist es auch wichtig, dass der Betroffene passend und fachlich angemessen unterstützt wird. Stressmanagement, und Aufbau der Fähigkeiten sind bei der betroffenen Person von Bedeutung. Beim</p>

<p>Die Forschenden zeigen auf, dass bisher quantitative Studien einige Faktoren für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz identifiziert haben und dass vor allem auch in den USA noch sehr wenig qualitative Literatur aus Sicht der Betroffenen vorhanden ist oder die vorhandenen Studien Mängel aufzuweisen haben. Zudem soll diese Sichtweise Potential haben, reichhaltige Daten zu generieren. Die Interviews wurden auch durchgeführt mit der Absicht, Inhalte für eine Umfrage zu erstellen, um eine weiter angelegte Untersuchung über die kritischen Faktoren bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu starten.</p>	<p>ermutigte die Teilnehmenden einfach zu erzählen ohne definitiven Themen zu folgen. Fast alle wurden im Spital interviewt, wieso die Ausnahmen wurden nicht erwähnt.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Die transkribierten Antworten wurden von allen Autoren durchgelesen. Die Methode der Grounded Theory wurde genutzt, bei dem das Ziel nicht war eine allgemeine Theorie herauszufinden, sondern Konzepte und Kategorien zu identifizieren, welche für Menschen nach einem Schlaganfall, die in das Arbeitsleben zurückkehren, wichtig sind. Die Daten wurden anhand von Empfehlungen aus der Literatur und Erfahrungen aus den ersten 4 Transkripte erstellt und besprochen. Danach wurden immer vier weitere Transkripte kodiert und miteinander abgeglichen. Zitate wurden identifiziert, die jedes Themengebiet exemplarisch darstellen sollen. Datensättigung wurde angesprochen und von den Forschenden als gut erachtet.</p> <p><b>Ethik</b> Die Studie wurde von der «local institutional review board», die verantwortlich für die Sicherstellung der Information und die Einhaltung der Menschenrechte verantwortlich sind, genehmigt.</p>	<p><u>Organisationelle Einflüsse:</u> -externe Versicherungen, lokale oder staatliche Agenturen um Ressourcen und Profite sicherzustellen. Lernprozess von den Betroffenen bis sie wussten, wohin sie sich wenden konnten und mit wem sie sprechen konnten. Schwierigkeiten der Betroffenen sich als Person mit Einschränkungen darzustellen, ihre Rechte zu kennen und wen zu fragen. Organisationen wurden oft als diejenigen wahrgenommen, die einem Profite ermöglichen aber auch verhindern konnten.</p> <p><u>Arbeitspezifische Themen:</u> - bekannte Aufgaben und Ambiente am Arbeitsplatz als prominente Rolle bei der Rückkehr, Ausmass des Stresses, Flexibilität des Arbeitsplatzes um eine schrittweise Rückkehr zu ermöglichen Manche Arbeitgeber behandelten die Betroffenen auch, als ob der Schlaganfall nie geschehen sei was nicht unterstützend wahrgenommen wurde. Offene Kommunikation mit den Betroffenen als Schlüsselereignis.</p> <p><u>Psychologische Themen:</u> Verschiedene intrapersonelle Ressourcen und Konflikte hatten einen Einfluss auf den Willen des Betroffenen an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Die Wahrnehmung von ihren Fähigkeiten war sehr wichtig für die Rückkehr und die Akzeptanz gegenüber Einschränkungen. Bewältigungsstrategien wie Resilienz, Problemlöseverhalten, Risikobereitschaft, Stressmanagement. Schwierigkeit die Einschränkungen zu akzeptieren beeinflussten die Perspektive auf die Arbeit der Betroffenen und die Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz und Betätigung. Verschiedene Motivation halfen den Betroffenen: positive Bewältigungsstrategien wie in die Religion vertrauen, kleine Verbesserungen feiern, organisiert sein, positives Problemlöseverhalten üben, Entspannungstechniken anwenden und Kommunikationsfähigkeiten aneignen.</p> <p><b>Präsentation der Ergebnisse</b> Ergebnisse wurden in sieben Kapiteln mit jeweiligen Zitaten dargestellt. Die Auswahl der Kategorien ist sinnvoll.</p>	<p>Arbeitsplatz sind Flexibilität aller Beteiligten, und der Einsatz von möglichen Unterstützung durch Anpassung bedeutend.</p> <p>Eine nachvollziehbare Limitation wird aufgezeigt: man kann die Ergebnisse schlecht generalisieren aufgrund der kleinen Stichprobengröße und der qualitativen Vorgehensweise aber es kann als Fundament für weitere objektive Forschung dienen.</p>
---	--	---	---

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie?</b> Ja. Die Identifizierten Barrieren und Unterstützungsfaktoren sollen helfen, dass Betroffene nach einem Schlaganfall Betätigungen wie Produktivität wieder ausführen können.</p> <p><b>Ist das beschriebene Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie?</b> Ja. Ergotherapeuten müssen Barrieren und Unterstützungsfaktoren identifizieren können um eine erfolgreiche Intervention mit Patienten durchzuführen.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Ja. Das Ziel der Studie wird in der Einleitung klar genannt. Allein durch das Abstract wird das Ziel jedoch noch nicht klar ersichtlich.</p>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</b> Nicht wirklich erwähnt, nur dass es sich um eine qualitative Studie handelt und dass Interviews durchgeführt werden. Vermutung Grounded Theory wegen Erreichung der Datensättigung was Kennzeichen ist.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</b> Die Ziehung der Stichprobe durch Flyers erscheint nachvollziehbar. Einzig der persönliche Kontakt, welcher der Zweitautor zu früheren Patienten aufstellt scheint fraglich.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Einschlusskriterien werden festgelegt und sind verständlich ausser die nur milden und moderaten kognitiven und kommunikativen Einschränkungen und die nicht Einschliessung der Betroffenen, die nicht an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, schliessen einen wichtigen Teil der Population für die Beantwortung der Fragestellung aus. Genauer wird die Stichprobe erst im Ergebnisteil beschrieben. Die Stichprobe besteht einigermaßen zu gleichen Anteilen aus weiblichen und männlichen Teilnehmenden, was passend ist. Das Durchschnittsalter ist ebenfalls passen, spannend wäre die Verteilung der Teilnehmenden gewesen. Die Unterschiedlichen Anstellungsgrade sind passend.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet?</b> Es ist eine eher kleine Stichprobe, dies wird von den Forschenden auch nicht begründet.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Die Teilnehmendenkonstellation ist ausreichend beschrieben um das Verständnis der Studie zu gewährleisten.</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?</b> Ja. Die Teilnehmenden haben alle einen Schlaganfall erlitten, was bedeutet, dass eigene Erfahrungen geteilt werden können.</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja.</p> <p><b>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</b></p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Ja. Sie sind im Kontext verankert mittels der Zitate aus den Interviews.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Die Konzepte mit den Ober- und Unterkategorien passen sehr gut zu den aufgeführten Beispielen und Zitaten.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Ja. Zitate werden für die Nachvollziehbarkeit der</p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Durch die Interpretation und Verbindung mit vorhandener Literatur werden die Ergebnisse verständlicher dargestellt.</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Die Forschenden können mit den Ergebnissen ihre Forschungsfrage beantworten.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Ja. Die Forschenden ziehen Literatur hinzu um ihre Ergebnisse zu stützen und zu diskutieren, jedoch sind eher wenig Studien in diese Diskussion inkludiert. Da wäre es angemessen gewesen noch mehr hinzuzuziehen.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar?</b></p>

<p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Ja. Die Studie von Hartke et al. (2011) bezieht in der Einleitung viel Literatur mit ein. Sie gehen auf unterschiedliche Aspekte von vorhandener qualitativer und quantitativer Literatur ein.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Aufgrund der Verknüpfung vorhandener qualitativer und quantitativer Forschung wird eine nachvollziehbare Signifikanz zum Forschungsthema aufgezeigt.</p>	<p>Ja. Die Teilnehmenden werden in Bezug auf menschliches Erleben, soziale Prozesse, Verhalten und kulturelle Unterschiede erfasst.</p> <p><b>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</b> Das individuelle Interview ist eine gute Methode, um die Perspektive der Betroffenen darstellen zu können und somit gut für die Beantwortung der Fragestellung geeignet. Das Vorgehen wird auch klar beschrieben. Leider ist der Fragenkatalog nicht einsehbar und es besteht hier keine Transparenz. Es wurde aber nur diese Methode gewählt und somit besteht keine Triangulierung der Methoden</p> <p><b>Wird die Datensättigung diskutiert?</b> Die Datensättigung wird angesprochen.</p> <p><b>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</b> Die Interviews wurden open-end geführt, was die Selbstbestimmung der Teilnehmenden garantierte.</p> <p><b>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</b> Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird von den Forschenden klar beschrieben. Es wird erklärt, dass die Forschenden nach dem Prinzip der Grounded Theory vorgehen und verschiedene Kategorien identifizieren möchten, die die Betroffenen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz beschäftigen.</p> <p><b>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</b> In Anlehnung an Grounded Theory aber keine Analysemethode genannt.</p> <p><b>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</b> Ja. Die Beschreibung ist nachvollziehbar für die Lesenden.</p> <p><b>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</b> Die Datenanalyse wird glaubwürdig und präzise dargestellt, jedoch werden die Aussagen nicht mit Abbildungen oder Tabellen unterstützt.</p> <p><b>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</b> Drei unabhängige Autoren (verschiedene Berufszugehörigkeiten) haben die Transkripte überprüft.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b> Nein. Es wurde nichts erwähnt.</p>	<p>Aussagen hinzugezogen.</p> <p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Ja. Die Kategorien und Zitate sind illustriert und beleuchten das Phänomen als Ganzes.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Ja. Die Studie greift einige Kategorien auf, die bei anderen Studien nicht oder weniger erwähnt werden.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Die Unterteilungen und Kategorisierungen sind nachvollziehbar. Die Resultate werden in kein Modell einbezogen.</p>	<p>Ja. Die Ergebnisse sind für die Ergotherapie vor allem im Bereich der Arbeitsrehabilitation sehr wichtig und daraus kann abgeleitet werden, wie man Menschen nach einem Schlaganfall in Zukunft gezielter unterstützen kann.</p> <p><b>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</b> Die Schlussfolgerungen sind in der Diskussion verankert. Es werden Vorschläge gemacht wie die Barrieren im Alltag angegangen werden können. Auf den spezifischen Kontext wo es anwendbar ist, wird nicht genau eingegangen, jedoch scheint dies eigentlich klar in Bezug auf die Fragestellung.</p> <p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja. Die Ergebnisse werden aufgegriffen, gewisse mehr andere weniger ausführlich.</p> <p><b>Welches ist der Evidence-Level der Studie?</b> ...</p>
--	--	--	--

	<p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b></p> <p>Das Vorgehen der Forschenden wird von einer Kommission für Ethik und Menschenrechte akzeptiert.</p>		
--	---	--	--

## Anhang E) AICA Raster Hauptstudie 3, Palstam et al. (2018)

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beschreibung des Phänomens</b> Es gibt viele Studien, die einflussreiche Faktoren beim RTW-Prozess untersuchen, aber nur wenige die Erfahrung beim Arbeiten einige Zeit nach dem Ereignis.</p> <p><b>Forschungsfrage</b> Die Studie möchte untersuchen, wie Menschen nach einem Schlaganfall ihre Rückkehr an den Arbeitsplatz und die Arbeitssituation 7 bis 8 Jahre nach dem Ereignis einschätzen.</p> <p><b>Zweck</b> Anhand der Erkenntnisse kann wichtiges Wissen für die weitere Forschung und für die Arbeitsweise gezogen werden.</p>	<p><b>Ansatz / Design</b> Es handelt sich um eine explorative qualitative Studie.</p> <p><b>Sample</b> Es soll eine Aussage über Menschen 7-8 Jahre nach ihrem Schlaganfall gemacht werden, die an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind. Die Teilnehmenden mussten am Sahlgrenska Universitätsspital behandelt worden sein, im städtischen Gebiet von Götheborg leben und im arbeitsfähigen Alter sein. Sie wurden per Brief kontaktiert und konnten sich telefonisch melden. 37 mögliche Teilnehmer wurden identifiziert, jedoch nahmen nur 14 daran teil, wovon jemand aufgrund von nicht Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgeschlossen wurde.</p> <p><b>Datenerhebung</b> Es wurden semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen verwendet. Die 3 Interviews fanden bei den Teilnehmenden Zuhause statt und die restlichen im Rehabilitationszentrum. Die Interviews wurden nur zu einem Zeitpunkt durchgeführt.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Braun und Clarke: Die transkribierten wurden mittels induktiver thematischer Analyse analysiert. Die Interviews wurden von 2 Forschenden durchgelesen und zuerst separat und danach gemeinsam kodiert.</p>	<p><b>Motiviert und RTW während man mit Einschränkungen kämpft</b> Alle Teilnehmer waren zwischen 2 Monaten und 2 Jahren vollständig krankgeschrieben. Motivation an den Arbeitsplatz zurückzukehren waren: die Rolle als Kranker zurückzulassen, eine bedeutungsvolle Tagesstruktur zurückzubekommen, starke Arbeitsethik und Arbeitsidentität, ökonomische Bedürfnisse und Normalität zurückzubekommen. Alle ausser jemand kehrten an den vorherigen Arbeitsplatz zurück. RTW war zum Teil zu früh und sie wurden mit emotionalem Stress oder Fatigue begleitet. Zum Teil wurden individuelle Adaptationen bei Arbeitszeit und Aufgaben vorgenommen. Manche, die einen guten sozialen Halt und Unterstützung hatten, beschrieben nahezu keine Probleme beim RTW.</p> <p><b>Gemischte Gefühle im RTW-Prozess</b> Unsicherheit bezüglich der Prognose der Genesung hat bei manchen Bedenken geweckt. Wenn ihnen gute Genesung vom Arzt versprochen wurde und dies nicht zutraf, waren sie sehr frustriert und fragten sich, wann dies zutreffen wird. Dankbarkeit wurde aber auch vielfach ausgesprochen, denn sie erhielten eine zweite Chance zu leben und zu arbeiten. Akzeptanz der verschlechterten Funktionen gegenüber und entspanntere Haltung gegenüber Arbeitsleben. Zufriedenheit mit zurückgewonnen Funktionen.</p> <p><b>Immer noch am Arbeiten wenn auch eingeschränkt</b> <u>Setting</u> Es war schwierig sich zu konzentrieren, sobald sie durch Mitarbeiter oder Klienten unterbrochen wurden. Sie mussten Fatigue vorbeugen, was bedeutete, dass sie Arbeit delegieren mussten. Unsicherheit, Verwirrung sobald sie multitasken mussten. Sie konnten nur schlecht an sozialen Aktivitäten teilnehmen aufgrund Fatigue. Aber sie konnten besser für sich einstehen und wussten mehr über ihre Rechte. Fatigue konnte z.T. behoben werden mit Pausen, was aber nicht überall erlaubt wurde. Sie konnten aber weniger für ihre Gesundheit tun da sie vor und nach der Arbeit Zeit zum Ausruhen brauchten und nicht ins Fitness gehen konnten.</p> <p><b>Arbeitsbezogener Stress</b> Immer erreichbar zu sein und wettstreitende Arbeit wurde stressig erlebt. Zu viel Stress am Arbeitsplatz führte zu Symptomen wie während dem Ereignis und steigerten die Angst, einen neuen Schlaganfall zu bekommen. Die Teilnehmenden versuchten arbeitsbezogenen Stress zu vermeiden und wenn dies nicht möglich war, gründeten sie ihren eigenen Betrieb wo sie bestimmen konnten, wie viel Arbeit</p>	<p>Es werden die vier Themenblöcke nochmals kurz zusammengefasst und mit ähnlichen Studien verglichen und interpretiert. Das Ziel der Studie wurde erreicht.</p> <p>Die Stärken der Studien sind, dass die Interviewfragen von Patientenorganisationen gegengelesen wurden, die Forschenden aus unterschiedlichen Berufsgruppen kamen und die Ergebnisse mit den Teilnehmenden diskutiert wurden. Limitationen sind, dass nur Betroffene und keine anderen Stakeholder befragt wurden und so nur eine Perspektive repräsentiert wurde und dass die Studie ausschliesslich im schwedischen Kontext stattgefunden hat und somit die Ergebnisse schwer übertragbar sein können.</p>

	<p>Anschliessend wurden mögliche Themen von allen 3 Forschenden definiert. Schlussendlich wurden die Teilnehmenden eingeladen und die Ergebnisse wurden präsentiert und diskutiert.</p> <p><b>Ethik</b> Die Regionale Ethikkommission von Göteborg hat die Studie akzeptiert.</p>	<p>sie annehmen wollten. Manche waren aber auch zu gefordert vom Job, dass sie sich nicht nach einer neuen Stelle umsehen konnten.</p> <p><b>Soziale Unterstützung für eine nachhaltige Arbeitssituation</b> Supervisoren wurden zum Teil sehr unterstützend aber manchmal auch entmutigend wahrgenommen. Teilnehmende gaben an, dass es sich sicher anfühle in das ihnen vertraute Team zurückzukehren. Es funktionierte besser, wenn sie offen kommunizierten und auch Witze über ihre einschränkenden Symptome machten.</p>	
--	---	--	--

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie?</b> Ja sie beantwortet eine relevante Frage für die Ergotherapie. Durch die gewonnen Erkenntnisse können Ergotherapeutin ihr Wissen zum RTW-Prozess erweitern und erfahren, welche Aspekte auch nach 7-8 Jahren nach dem Schlaganfall immer noch thematisiert werden.</p> <p><b>Ist das beschrieben Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie?</b> Das Phänomen wird gut eingeleitet und erklärt. Es ist relevant für die Ergotherapie, vor allem im Fachbereich Arbeitsrehabilitation.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b></p>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</b> Das explorativ-qualitative Design ist geeignet, denn sie wollen untersuchen, wie sich die Menschen nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu einem bestimmten Zeitpunkt fühlen und wie es ihnen geht.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</b> Es handelte sich um eine gezielte Stichprobenziehung aus einer anderen Studie, die an derselben Universität stattgefunden. Es kann kritisiert werden, dass sie sich die Stichprobenziehung sehr einfach gemacht haben, da sie Teilnehmende aus einer anderen Studie rekrutiert haben aber schlussendlich ist die Ziehung gezielt, das für das qualitative Design empfohlen wird.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Die Stichprobe ist nur direkt repräsentativ für Patienten, die in der städtischen Region von Göteborg wohnen und im Sahlgrenska Universitätsspital behandelt wurden. Hier wird kritisiert, dass die Forschenden nur ein Spital inkludiert hat und die Wohnorte der Patienten so stark eingegrenzt haben. Bei der Übertragung der Ergebnisse muss daher darauf acht gegeben werden, dass man sie nur auf städtische Regionen mit ähnlichem Gesundheitssystem und Arbeitseinstellung übertragen werden kann.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet?</b></p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und es werden wichtigen Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung aufgegriffen.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Durch die genaue Erläuterungen der Forschenden und der Untermauerung der Ergebnisse mit passenden Zitaten, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse gut im Kontext verankert und präzise wiedergegeben wurden.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Ja, die Kategorien sind gut ausgewählt und mit Abbildung zum Verständnis hinterlegt.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Ja, alle Unterthemen sind mit entsprechenden Zitaten untermauert und so wird die Thematik genauer und intensiver dargestellt.</p> <p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b></p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Durch die Verbindung mit bereits vorhandener Literatur zur Thematik wird die Verständlichkeit der Ergebnisse gesteigert. Der Leser bekommt ein übersichtlicheres Bild.</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Die Ergebnisse liefern Antworten auf die Fragestellung und durch die Reichhaltigkeit kann davon ausgegangen werden, dass viele wichtige Aspekte von den Teilnehmenden genannt wurden.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur</b></p>

<p>Ja das Ziel ist am Ende der Einleitung klar aufgeführt und in einem Satz erklärt.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Das Thema wird vor allem bezogen auf Schweden mit relevanter Literatur begründet und eingeführt.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Auf die Signifikanz wird im Kapitel mehrfach eingegangen und es wird verschieden begründet. (Struktur der Arbeitsrehabilitation und auch aufgrund der Zahlen der Betroffenen.</p>	<p>Die Stichprobe ist eher klein, aber für eine qualitative Studie angemessen. Es waren mehr Männer als Frauen, aber die Resultate können auf beide Geschlechter übertragen werden.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Die Teilnehmenden werden in einer Tabelle ausführlich beschrieben. Das Setting ist genau beschrieben und nachvollziehbar, hier wurden keine Einschränkungen festgestellt.</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?</b> Alle Teilnehmende kehrten an die Arbeit zurück und sollten ihre Erfahrungen dazu bereitstellen, somit sind sie gute Informanten, weil sie die Erfahrungen selbst gemacht haben.</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja, sie erlebten und erleben den RTW.</p> <p><b>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</b> Ja es geht um das menschliche Erleben von RTW bei Betroffenen nach einem Schlaganfall. Dabei wird auf das Erleben und das Verhalten sowie soziale Prozesse eingegangen.</p> <p><b>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</b> Die Vorgehensweise nachvollziehbar dargestellt und klar beschrieben.</p> <p><b>Wird die Datensättigung diskutiert?</b> Nach 13 Interviews wurden keine neuen relevanten Aspekte erfasst und die Datensättigung wurde angenommen.</p> <p><b>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</b> Die Teilnehmenden nahmen freiwillig an der Studie teil und die Interviews wurden offen durchgeführt.</p> <p><b>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</b></p>	<p>Das Phänomen als Ganzes beleuchtet.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Still at work though restricted und Motivated and RTW while struggling with impairments werden als recht ähnliche Kategorien empfunden.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Es handelt sich hierbei klar um einzelne Kategorien, welche aber alle einen gemeinsamen Nenner finden, nämlich die Barrieren und Unterstützungsfaktoren im RTW-Prozess und am Arbeitsplatz nach dem RTW.</p>	<p><b>zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Ja, im letzten Kapitel werden die Ergebnisse mit andere Literatur in Verbindung gebracht. Hierbei handelten es sich aber vorwiegend um qualitative Studien.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar?</b> Ja die Ergebnisse sind vor allem für den Arbeitsbereich Arbeitsrehabilitation in der Ergotherapie sehr relevant.</p> <p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja</p>
--	--	---	--

	<p>Das Vorgehen wird klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p><b>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</b>  <b>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</b>  Die Datenanalyse erfolgte nicht nach einem bestimmten Vorgehen mit Referenzierung. Sie wird aber klar beschrieben und es werden Tabellen bereitgestellt, was die Transparenz der Vorgehensweise steigert.</p> <p><b>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</b>  Die Datenanalyse scheint präzise und glaubwürdig.</p> <p><b>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</b>  Ja die Glaubwürdigkeit ist sehr hoch, denn die Forschenden präsentierten die Ergebnisse nach dem Analyseverfahren den Teilnehmenden und diskutierten sie mit ihnen um die Daten sicherstellen zu können.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b>  Tabellen des Analyseverfahrens sind ersichtlich und können so überprüft werden.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</b>  Ethische Genehmigung wurde eingeholt.</p>		
--	---	--	--

## Anhang F) AICA Raster Hauptstudie 4, Törnbohm et al. (2019)

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen / Problemstellung</b> Immer mehr junge Betroffene in der Westlichen Welt – daher wichtig herauszufinden wie die Langzeitfolgen aussehen um die Interventionen zu spezifizieren. Schlaganfall ist eine der führenden Erkrankungen, welche eine steigende Zahl von Menschen im Arbeitsfähigen Alter betrifft (Schweden 20% von 25'000 Menschen sind unter 65 Jahren).</p> <p><b>Forschungsfrage</b> Ziel: In diesem Artikel versuchen wir zu verstehen, wie die Teilnahme im Alltag von Personen im erwerbsfähigen Alter 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall erlebt wurde. Ziel war es, ein tieferes Verständnis dafür zu erlangen, wie die Teilnehmenden im Alltag zurechtkamen</p>	<p><b>Ansatz / Design</b> Ausführliche (in-depth) Interviews (2017) über die Ansicht der Partizipation im Leben nach einem Schlaganfall (7-8 Jahre später) ???</p> <p><b>Stichprobe</b> Teilnehmer von anderer Studie rekrutiert (Stroke Arm Longitudinal Study von der Universität of Gotheburg). Alles Klienten des Sahlgrenska University Hospital zwischen 04. Februar 2009 und 2. Dezember 2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschlusskriterien: 1. Schlaganfall, ICD codes 161 oder 163 (hämorrhagisch oder ischämisch), leben im Umkreis von 35km vom Spital, Erwerbsfähiges Alter (18-65), ausreichende Sprach- und Gedächtnisfähigkeit, um die Fragen zu verstehen und an einem Interview teilnehmen zu können.</li> <li>• 15 Personen Interesse an der Studie / 11 nahmen am ausführlichen Interview teil</li> </ul> <p><b>Datenerhebung</b> Interviewfragen wurden an zwei Testpersonen (Arzt und Pflegeassistentin mit Schlaganfall) getestet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelinterviews durch Erstautorin vom gleichen Fragenstellen im selben Raum</li> </ul> <p>Zuerst offene Fragen über Demographie und Lebensumstände, dann Folgefragen flexibel = Inhaltlich offenes Interview (Zeit 36-65min)</p> <p><b>Datenanalyse</b> Wortwörtlich transkribiert, importiert und im qualitativen Datenanalyseprogramm NVivo sortiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Induktive thematische Analyse = Braun und Clarke (23) richtlinien befolgt zudem Farbkodierung und Mindmaps</li> </ul>	<p><b>Vier Hauptthemen</b> Partizipation nach dem Schlaganfall als Einleitungsthema bei den Resultaten um das Leben der Betroffenen besser zu verstehen. Die Teilnehmenden wollten auch das Gefühl haben, dass ihre Fähigkeiten und Kompetenzen bei der Arbeit geschätzt und gefragt werden.</p> <p><u>1) Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem Schlaganfall</u> Zuerst mussten die Teilnehmer die Folgen vom Schlaganfall und deren Auswirkungen auf den Arbeitsalltag verstehen. Probleme mussten kommuniziert werden und mit den Menschen am Arbeitsplatz mussten neue Wege zur Bewältigung der Arbeitsaufgaben oder Arbeitszeiten gefunden werden. Wechsel wenn dies nicht erfolgreich war (= emotionale Herausforderung, Schuld oder Minderwertigkeitsgefühle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständnis und unterstützende Führung wichtig, um das Vertrauen in eigene Arbeitsfähigkeit wiederzugewinnen</li> <li>- Einige AG waren nicht bereit Veränderungen vorzunehmen = Wechsel</li> </ul> <p><u>2) Arbeitsleben 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall</u> Arbeiten zu können sehr Wichtig = Irgendwo zu sein, wo sie sich wertvoll fühlten, wurde als bedeutsam für das Gefühl der Teilhabe und für ihr Selbstwertgefühl ausgedrückt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Müdigkeit oder Unfokussiertheit (alltägliche Folgen) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gelöst durch kleine Pausen oder Nickerchen</li> </ul> </li> <li>- Grund vorsichtiger zu sein bei Stress (Vermeidung von weiterem Schlaganfall)</li> </ul>	<p>Verlust von bedeutsamen Lebensrollen hängt mit vermindertem Selbstvertrauen und dem "Minderwertigkeitsgefühl" zusammenhängt (frühere Forschungen). In der vorliegenden Studie hatten sich die persönlichen Erwartungen an die berufliche Rolle verändert, aber die Teilnehmer waren nicht mehr frustriert oder deprimiert, weil sie andere berufliche Ziele hatten.</p> <p>Kognitive Beeinträchtigungen und Müdigkeit die häufigsten Gründe für eine Veränderung des Tagesablaufs.</p> <p>Die Arbeit trug zu einem gesteigerten Selbstwertgefühl bei, und ihre Arbeit ist ein bedeutender Teil ihrer Identität. Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz waren die Unterstützung durch die Arbeitgeber und ein gut funktionierender Austausch darüber, wie die Arbeitsbedingungen angepasst werden konnten, sehr wichtig gewesen. In einigen Fällen fehlte es an Unterstützung, was dazu</p>

<p>und wie sie ihre eigene Partizipation reflektierten.</p> <p><b>Zweck</b> Literatur zur Schlaganfall-rehabilitation ist viel vorhanden, jedoch wenig über die langzeit Konsequenzen und den Erfahrungen von Personen im erwerbsfähigen Alter. Inzidenz für junge Menschen steigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Themen und Unterthemen wurden verfeinert (einige entfernt)</li> <li>• Validität sichergestellt, da 3 Autoren die Einteilungen erneut diskutierten</li> </ul> <p><b>Ethik</b> Die Studie folgte der Deklaration von Helsinki und wurde von der Regionalen Ethikkommission in Göteborg (EPN) (Dnr: 225-08) mit einem Zusatzantrag genehmigt, Dnr: T801-10. Die Teilnehmer gaben vor dem Interview eine informierte schriftliche und mündliche Zustimmung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlechteres Gedächtnis</li> <li>- Schwierigkeit richtige Worte zu finden (peinlich)</li> </ul> <p><u>3) Sozialleben 7-8 Jahre nach dem Schlaganfall</u> ... (nicht wichtig für uns)</p> <p><u>4) Ein Zustand der Neuorientierung im Leben</u> ... (nicht wichtig für uns)</p> <p><b>Präsentation der Ergebnisse</b> Die Ergebnisse wurde in vier Kategorien eingeteilt und mit Zitaten ergänzt.</p>	<p>geführt hatte, dass sich die Teilnehmer beim Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz einsam und verletzlich fühlten.</p> <p>Rehabilitationsfachkräfte könnten möglicherweise beim Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz eine Rolle spielen, indem sie zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern vermitteln und Informationen über versteckte Symptome liefern, da es offenbar ein allgemeines Unverständnis darüber gibt.</p>
---	--	---	--

**Würdigung der Studie:**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie?</b> Die Studie soll die Frage der Bachelorarbeit nach den Barrieren und Unterstützungsfaktor aus der Sicht der Menschen nach einem Schlaganfall beantworten. Dies ist ein bedeutendes Thema für die Ergotherapie, welche in der Arbeitsrehabilitation tätig ist.</p>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</b> ...</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</b> Für die qualitative Studie ist die Ziehung angebracht? Die Stichprobe wurde von der Langzeitstudie der Universität von Götheburg gezogen, daher nicht viel bekannt über Ein- und Ausschlusskriterien.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Ähnlich viele Männer wie Frauen (passend). Schweregrad des Schlaganfalls ist die Stichprobe weniger repräsentativ, da hauptsächlich Menschen mit weniger schwerem Schlaganfall teilnahmen. Jedoch auch möglich, da die schwereren oft Sprachprobleme haben und dies als Voraussetzung für die Teilnahme galt.</p> <p><b>Ist die Stichprobengröße angemessen? Wird sie begründet?</b> 11 Teilnehmende ist eher wenig, was bei qualitativen Studien nicht auffallend ist, jedoch wird nichts über die Stichprobengröße genannt.</p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Es werden einige Punkte als Barrieren und Unterstützungsfaktoren in Bezug auf die Arbeitsreintegration benannt. Die für die BA relevanten Ergebnisse sind auf zwei Seiten festgehalten. Daher erscheint die Frage ob die Ergebnisse differenziert genug sind. Die aufgeführten Resultate könnten von den Thematiken her hilfreich für die Beantwortung der BA Fragestellung sein.</p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Ja. Durch Erfassung der Meinung zu Barrieren un Unterstützungsfaktoren einige Jahre nach dem Schlaganfall kann das Phänomen besser verstanden werden und trägt dazu bei ein umfassenderer Bild zu erhalten (bisherige Forschung mehrheitlich auf direkte RTW – also kurz danach-fokussiert).</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Das Phänomen wird von den Froschenden nochmals kompakt</p>

<p><b>Ist das beschriebene Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie?</b> Ja. Die Forschenden zeigen auf, dass Langzeitfolgen von Schlaganfall entstehen können, was wiederum auch bedeutende Aspekte für die Arbeit in der Ergotherapie mitsich bringt.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Die Forschungsfrage wurde klar definiert. Auch im Abstract wurde das Ziel schon unter dem Abschnitt Objective erwähnt.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Ja. Die Studie führt das Thema mit reichlich vorhandener Literatur ein.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Die Relevanz der Studie wurde klar identifiziert. Dennoch wurden einige Studien erwähnt, welche sich</p>	<p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Die Teilnehmenden werden angemessen beschrieben. Es werden viele Informationen über Wohnsituation, Mobilität, ... bekannt gegeben, was sehr hilfreich ist.</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen»?</b> Ja. Alle haben selbst einen Schlaganfall erlitten.</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja. Mehrheit aktuell im Berufsleben.</p> <p><b>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</b> Ja. Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar, es geht um menschliches Erleben.</p> <p><b>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</b> Die Methode der Datenerhebung scheint bei allen Teilnehmern gleich zu sein, immer im selben Raum immer gleicher Interviewer.</p> <p><b>Wird die Datensättigung diskutiert?</b> Datensättigung wird von Forschenden nicht angesprochen. Kann kritisiert werden, da unklar ist wie gut bei 11 Interviews à 36-65min ist.</p> <p><b>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</b> Es wird beschrieben, dass das Interview open-end durchgeführt wurde.</p> <p><b>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</b> Das Vorgehen wird klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p><b>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</b> <b>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</b> Die Analysemethode nach Braun et al. (...) wird angewendet und mit Mindmap, Color Coding ergänzt.</p> <p><b>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</b></p>	<p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Ja. Die Hauptkategorien sind deutlich und verständlich definiert. Die Ergebnisse sind mehrheitlich klar beschrieben.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Ja.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Ja. Zitate werden für die Nachvollziehbarkeit der Aussagen hinzugezogen.</p> <p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Ja.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Ja. Die Aussagen werden mit unterschiedlichen Zitaten verdeutlicht um die Ergebnisse im Kontext zu verankern.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b></p>	<p>dargestellt, um auf die Forschungsfrage Bezug zu nehmen. Die Forschungsfrage kann dank den Ergebnissen beantwortet werden, es wird herausgefunden welche Veränderung ein Schlaganfall für den Alltag der Menschen direkt danach und nach 7-8 Jahren mit sich bringt.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Ja. Die eigenen Ergebnisse werden in Verbindung zu anderen Studien gebracht. Die Ergebnisse werden jedoch nicht in Bezug zu anderen Konzepten gesetzt.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar?</b> Ja. Gerade die Relevanz einer Rehabilitationsfachperson für den RTW widerspiegelt die Wichtigkeit der Ergebnisse auf die Ergotherapie. Dass auch mehrere Jahre nach dem Schlaganfall Coping Strategien noch gebraucht werden zeigt ebenfalls die Relevanz für Ergotherapie auf.</p> <p><b>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</b> Ja. Es wird ein Praxistransfer in Bezug auf die Relevanz (Vorschlag) einer Rehabilitationsfachperson für die Arbeitsreintegration, Coping-Strategien mehrere Jahre nach Schlaganfall und Körperliche Betätigung gemacht. Eher Allgemein aber verständlich.</p>
---	---	--	--

<p>schon mit dieser Thematik und angetroffenen Hindernissen / Folgen auseinander gesetzt haben.</p>	<p>Die Datenanalyse scheint präzise stattgefunden zu haben.</p> <p><b>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</b> Erhöhung Glaubwürdigkeit durch 3 Fachpersonen an Auswertung und abschliessende Diskussion, um sicher zu stellen, dass die Analyseergebnisse in korrekte Gruppe eingeteilt wurden.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b> Mindmaps wurden verwendet. Ansonsten wurde nichts genannt.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Ethische Genehmigung wurde eingeholt.</p>	<p>Die Studie erweitert das bereits bestehende Wissen über Barrieren und Unterstützungsfaktoren aus der Sicht der Betroffenen nach dem Schlaganfall bei der direkten Arbeitsreintegration und bei der Analyse zur Arbeit nach 7-8 Jahren post Stroke. Keine Konzepte Modelle hinzugezogen.</p>	<p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja. Die Schlussfolgerungen werden durch die Ergebnisse abgeleitet.</p> <p><b>Welches ist der Evidence-Level der Studie?</b> ...</p>
---	---	--	--

## Anhang G) AICA Raster Hauptstudie 5, Vestling et al. (2013)

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen / Problemstellung</b> Die Studie handelt vom RTW-Prozess und möchte die Gedanken und Erfahrungen von Menschen nach einem Schlaganfall, die an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, zusammentragen, um den Prozess anpassen zu können und vereinfachende Faktoren herauszufinden. Es wird aufgezeigt, dass die Arbeit einen grossen Teil im Leben Person im erwerbsfähigen Alter einnimmt und dass diese Tätigkeit mit verschiedenen Emotionen verbunden sein kann. Auch</p>	<p><b>Ansatz / Design</b> In der Studie sollen Erfahrungen und Gedanken von Menschen, die nach einem Schlaganfall an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind zusammengetragen werden. Es gibt keine Messwiederholung.</p> <p><b>Stichprobe</b> Die Population beinhaltet Menschen nach einem Schlaganfall, die im erwerbsfähigen Alter, an den Arbeitsplatz zurückgekehrt und aus dem schwedischen Kanton Scania sind. Die Teilnehmenden sollen unterschiedlich gut laufen können, unterschiedliche kognitive Einschränkungen haben und aus unterschiedlichen Professionen kommen. Die Stichproben wurden mithilfe der Ergotherapeuten und Sozialarbeitern des Rehasentrums gezogen. Es wurden 13 Personen definiert, jemand sagte aber ab. Es handelt sich bei den Befragten um 10 Menschen nach einem ischämischen Schlaganfall und 2 nach einer Hirnblutung. Bei Teilnehmenden war Rückkehr an Arbeitsplatz nicht länger als 3 Monaten her &amp; niemand arbeitete bereits zu den Stunden, wie vor Ereignis.</p> <p><b>Datenerhebung</b> Die Daten wurden mittels eines semistrukturierten Interviews erhoben. Sie wurde einmal durchgeführt und dauerten zwischen 45-90min. Die</p>	<p><b>Ergebnisse</b> <u>Mehrfache Vereinbarungen (multiple Arrangements) und Strategien sind wichtig für den RTW-Prozess:</u> Es gab kein einheitliches Vorgehen beim RTW-Prozess. Manche Teilnehmer sagten, dass sie sich den Interventionen ausgesetzt gefühlt haben und beschrieben Gefühle wie Frustration und Erniedrigung.</p> <p>- <i>Persönliche und soziale Hilfe und Unterstützung:</i> Dankbarkeit für persönliche Unterstützung durch das medizinische Team, Familie, Freunde, Mitarbeiter und Vertreter der Sozialversicherungen. Technische Hilfen &amp; physikalische Anpassungen am Arbeitsplatz wurden geschätzt. Rollstuhl als Barriere wegen Erreichbarkeit aber auch mit dem sozialisieren mit den Mitarbeitern. Schwere Handarbeiten schwierig alleine zu bewältigen. Kognitive Einschränkungen (!) genannt beim wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit. Vollzeitassistenten nicht hilfreich wäre. Sie sagten, dass es grosse Unterstützung gewesen wäre, wenn Mitarbeitende ernannt würde. Bei allen Teilnehmenden wurde die Arbeitszeit schrittweise erhöht, was gut war. Arbeit wurde häufig angepasst, in dem die komplizierteren Aufgaben exkludiert wurden. Manche Teilnehmer fühlten keinen Druck am Arbeitsplatz und empfanden dies als sehr erleichternd.</p> <p>- <i>Der Einsatz der eigenen Willenskraft und die eigenen Bemühungen sind unerlässlich.</i> Einen starken Willen zu haben sei eine sehr vorteilhafte Charakteristik und würde ohne diese nicht funktionieren. Vielfach wurde ein gut beschäftigtes Leben mit verschiedenen Aktivitäten als wichtiger eingestuft als Vollzeit arbeiten zu können. Individuelle Kreativität sei auch wichtig für das Entwickeln von Adaptationen. Viele suchten aktiv Hilfe. Auch wichtig war, dass man sich nur auf ein Problem konzentriert und somit Fehler vermeidet. Techniken wie Checklisten, Erinnerungsnotizen, Audiosignale und Wecker wurden häufig genutzt.</p> <p><u>Arbeit als Aktivität hat individuelle, subjektive Bedeutungen, welche wichtig für die Motivation für den RTW-Prozess sind:</u> - <i>Hervorheben Sozialer Aspekte</i> Arbeit wurde mehrheitlich als bedeutungsvoll und angenehm empfunden. Es wurde auch als gute Möglichkeit angesehen, um Menschen zu treffen und wurde als eine</p>	<p>Es scheint eine notwendige Anpassung in den Bereichen angepasste Zuweisung, kürzere Arbeitsstunden und Erhöhung der Begleitung in Arbeitssituationen zu geben. In diesen Bereichen wurden Auslöser für Frustration festgestellt, was durch weitere Studien bestätigt wurde.</p> <p>Die individuelle Motivation ist ebenfalls ein ausschlaggebender Faktor für den erfolgreichen RTW. Um Schwierigkeiten entgegenzuwirken versuchten die Teilnehmenden Wille, Bereitschaft und Kreativität einzusetzen.</p> <p>Die Bedeutung von Arbeit für eine Person steht in Abhängigkeit mit dem erfolgreichen RTW, da es die Motivation und den</p>

<p>aufgrund von Misserfolgen.</p> <p><b>Forschungsfrage</b> Ziel ist es das Verständnis gegenüber den Gedanken und Erfahrungen von Menschen, die nach einem Schlaganfall an den Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, zu steigern.</p> <p><b>Zweck</b> Begründung der Forschungsfrage: es gibt immer wie mehr Menschen nach einem Schlaganfall im erwerbsfähigen Alter aber viele kehren aus verschiedenen Gründen nicht an den Arbeitsplatz zurück. Daher möchten die Forschenden mehr über den RTW-Prozess herausfinden.</p>	<p>semistrukturierten Interviews wurden in Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Reheatem erstellt.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Die Forschenden analysierten die Resultate nach Graneheim und Lundman, von Zeit zu Zeit beinhaltete die Analyse auch Interpretationen (latent analysis). Drei Forscher nahmen an diesem Schritt Teil (Ergotherapeut, Industriedesigner und Physiotherapeut). Zuerst wurden die Interviews transkribiert, danach durchgelesen und Notizen gemacht, alle nicht wichtigen Informationen wurden für die Analyse exkludiert. Der verbliebene Text wurde auf den effektiven Inhalt untersucht, Statements wurden angestrichen und wurden mit anderen Statements, die die gleiche Bedeutung haben gruppiert. Diese Einheiten wurden beschreibend kodiert und anschliessend in der Gruppe diskutiert. Der Hauptautor las die Transkripte erneut kritisch durch. Die erstellten Einheiten wurden in übergeordnete Kategorien eingeordnet. Die Interpretationen wurden anschliessend wieder diskutiert.</p> <p><b>Ethik</b> Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt.</p>	<p>angenehme Abwechslung im Alltag angesehen. Haushaltsarbeiten wurden häufig nicht als eine genügende Betätigung angesehen, obwohl es geschätzt wurde. Viele fühlten sich isoliert während dem sie krankgeschrieben waren. Mitarbeiter, Arbeitgeber und Arbeitskollegen spielten eine wichtige Rolle für ein gutes psychosoziales Umfeld am Arbeitsplatz.</p> <p>- <i>Hervorheben Finanzieller Aspekte</i> Finanzielle Aspekte wurden nur teilweise erwähnt. Geld wurde einerseits als wichtig für Freizeitaktivitäten etc. angesehen aber andererseits gaben sie dem Geld auch weniger Wichtigkeit.</p> <p><u>Der RTW-Prozess erweckt viele gemischte Gefühle:</u></p> <p>- <i>Gefühl wenig Kontrolle &amp; Selbstsicherheit</i> Teilnehmer teilten die Erfahrung, dass sie sich an neue Lebenssituation gewöhnen müssen ob mit Arbeit oder ohne. Sie waren unsicher, frustriert &amp; zugleich hatten sie das Vertrauen an alten Alltag und Arbeit zurückzukehren. Für viele war die Arbeit wichtig aber sie konnten nicht beschreiben, was daran ihnen wichtig war. Arbeit beeinflusste intrinsische Aspekte wie Selbsterfüllung. Auch motivierend war, wenn man am Arbeitsplatz selbständig bestimmen konnte, wann man was macht &amp; wenn Aufgaben fordernd waren &amp; persönliche Kreativität oder Flexibilität erforderten. Gleichzeitig war Unsicherheit überall präsent oder wurde schnell wiedererweckt und waren wechselhaft mit Gefühl von Selbstvertrauen. Fatigue war häufig das Hauptproblem für Frustration &amp; beeinflusste das Leben negativ.</p> <p>- <i>Vertrauen und Angst in Bezug auf Arbeit</i> Viele waren aber zuversichtlich und wären auch mit einem Teilzeitjob oder Jobwechsel sehr zufrieden. Arbeit spielte eine wichtige Rolle aber wenn die Teilnehmer gefragt wurden, ob man die Arbeit auch mit anderen Aktivitäten ersetzen könnte, stimmten viele zu.</p> <p><b>Präsentation der Ergebnisse</b> Alle herausgefundenen Angaben wurden mit Zitaten der Teilnehmer unterstrichen und in drei Kapiteln mit Unterkapiteln gegliedert.</p>	<p>Wille fördern oder hindern kann.</p> <p>Alle Teilnehmenden haben am RTW teilgenommen, dies wurde so als Kriterium festgelegt, was gemäss den Forschenden die Voraussetzung für die Einschätzung zu Barrieren und Unterstützungsfaktoren war, kann jedoch kritisiert werden.</p> <p>Eine Schwäche sei, dass eine Forschende (Ergotherapeutin) die Teilnehmenden bereits vom Rehabilitationsprozess gekannt hatte, jedoch nicht als zuständige Therapeutin. Zusätzlich ging evtl das Interview nicht tief genug und es hätten noch mehr Faktoren aufgedeckt werden können.</p> <p>Die Ergebnisse tragen zur Verbesserung ergotherapeutischer Intervention bei (Coping-Strategien, da mehr Faktoren aufgedeckt wurden).</p>
---	---	---	---

## Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie?</b> Ja. Um Menschen bei der Arbeitsreintegration zu unterstützen muss bekannt sein, was häufige Barrieren und Unterstützungsfaktoren sind. Dabei spielt besonders auch die Sicht der Betroffenen eine Rolle.</p> <p><b>Ist das beschriebene Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie?</b> Es wird aufgezeigt, dass Arbeit der Lebensbereich ist, welcher im erwerbsfähigem Alter am meisten Zeit in Anspruch nimmt. Daher ergibt es sich, dass dies der Bereich ist wo in der Ergotherapie angesetzt werden muss, da es dabei darum geht Menschen in bedeutenden Lebensbereichen zu unterstützen.</p>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</b> Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen ist nachvollziehbar.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht?</b> Es ist nicht nachvollziehbar wie die Stichprobe genau gezogen wurde und wie das Vorgehen beim Finden der Teilnehmenden war. Nur genannt wer bei der Entscheidung dabei war. Die Population ist im Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt, jedoch werden nur Menschen aus einem Kanton in einem Rehaszentrum in Schweden berücksichtigt.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Jedoch sind bei allen die Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht länger als 3 Monate her und sie arbeiten noch nicht auf dem Level wie zuvor, was eine ganzheitliche Sicht vernachlässigen könnte. Ansonsten viele verschiedene Faktoren versucht unterschiedlich zu halten um die Varietät zu fördern.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet?</b> Die Stichprobe ist eher klein aber eine angemessene Grösse für eine qualitative Studie. Jemand sagte ohne Grund ab, aber er beeinflusst die Ergebnisse nicht.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Die Teilnehmenden werden verständlich beschrieben, auf Tabelle 1 hat man keinen Zugriff. Wahrscheinlich wäre dort noch expliziter darauf eingegangen worden.</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen»?</b> Ja. Alle haben einen Schlaganfall erlitten und waren zurück bei der Arbeit.</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja. Interview 3 Monate nach RTW.</p> <p><b>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</b> Es geht um das Erfassen von menschlichem Erleben.</p> <p><b>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?</b></p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Die Ergebnisse zeigen die Reichhaltigkeit der Daten auf und beleuchten viele verschiedene Aspekte des Problems.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Ja. Die Ergebnisse werden teilweise mehr teilweise weniger anhand von Zitaten aus den geführten Interviews verdeutlicht.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Ja.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Die Ergebnisse werden mit entsprechenden Zitaten bestätigt.</p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Ja. Das Phänomen wird in Verbindung zu ihren Ergebnissen nochmals aufgegriffen und ausführlich diskutiert.</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Gemäss den Forschern kann die Frage beantwortet werden, was auch die Ansicht der Leserinnen ist.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Ja. Die eigenen Ergebnisse werden in Verbindung zu weiteren Studien gebracht..</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar?</b> Ja. Gerade die Relevanz einer Rehabilitationsfachperson im Bereich der Ergotherapie wird erwähnt. Die Ergebnisse können in die Praxis impliziert werden.</p> <p><b>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und</b></p>

<p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Ja. Das Ziel der Studie wird deutlich in der Einleitung benannt. Ebenso ist es bereits im Abstract ersichtlich.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Ja. Die Studie inkludiert viel Literatur in den Einleitungsteil.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Ja. Die Autoren beschreiben die Arbeit als wichtig für die Verbesserung des Erfolges beim RTW.</p>	<p>Die Datenerhebung ist in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll ausgewählt. Die Interviews wurden dialogisch geführt, das heisst es wurden nicht immer die gleichen Fragen der Reihenfolge nach gestellt, aber es wurde sichergestellt, dass alle Themenblöcke abgedeckt wurden. Die Messinstrumente sind in Bezug auf die Fragestellung geeignet. Durch die Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Reheatem bei der Erarbeitung der Interviewfragen wurden sicherlich viele wichtige Aspekte abgedeckt, jedoch könnte aus Sicht der Betroffenen einige wichtige Punkte zur Beantwortung der Fragestellung fehlen.</p> <p><b>Wird die Datensättigung diskutiert?</b> Nein. Es wird nichts über die Datensättigung geschrieben.</p> <p><b>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?</b> Die Teilnehmenden wurden gefragt ob es in Ordnung ist wenn aufgezeichnet wird. Ansonsten steht nichts.</p> <p><b>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</b> Ja. Das Vorgehen scheint nachvollziehbar für die Leserinnen.</p> <p><b>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</b> Sie referenzieren sich dabei auch auf ein Analyseverfahren nach Graneheim und Lundman.</p> <p><b>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?</b> Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde sehr genau beschrieben.</p> <p><b>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</b> Ja. Sie ist sehr präzise und daher glaubwürdig.</p> <p><b>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?</b> Ja. Drei Personen haben bei der Kodierung teilgenommen. Alle hatten verschiedene berufliche Hintergründe. Es wird jedoch nicht ausführlich begründet, weshalb ein Industriedesigner die Transkripte kodiert.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b> Eine Matrix, welche von Graneheim und Lundman empfohlen wird wurde benutzt, jedoch nicht einsehbar.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b></p>	<p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Die Kategorien werden kurz erklärt (aufgrund der Gruppierungen der Daten), es wird aber nicht genauer darauf eingegangen. Z.T. wiederholten sich die Aussagen in den unterschiedlichen Kapiteln ein wenig.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Es wird kein Modell zur Einteilung der Resultate hinzugezogen, einzig die Kategorisierung mit Oberbegriffen findet statt.</p>	<p><b>Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</b> Ja. Es wird ein Praxistransfer in Bezug auf die Relevanz (Vorschlag) einer Rehabilitationsfachperson für die Arbeitsreintegration, besonders das Einbinden einer Ergotherapierenden wird erwähnt. Persönlicher Mentor soll als Verantwortlicher für Detail-Planung eingesetzt werden.</p> <p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja. Die Schlussfolgerungen werden durch die Ergebnisse abgeleitet, sind jedoch eher allgemein (RTW soll mehr fokussiert werden). Danach gehen sie auf zwei drei wichtige Faktoren ein, nicht alle Ergebnisse werden aufgegriffen.</p> <p><b>Welches ist der Evidence-Level der Studie?</b> Sie reflektieren im Diskussionsteil auch ihr methodisches Vorgehen. Als Schwäche der Studie empfinden sie, dass die Interviewer die Teilnehmenden bereits im Rehabilitationsprozess vor dem Interview kennengelernt haben. Eine andere Schwachstelle sei die Interaktion zwischen Interviewer und Teilnehmer und die Forschenden hatten das Gefühl, dass die Teilnehmer nicht tief genug reflektierten, weil sie sich nicht</p>
--	---	--	--

	Zum Thema Ethik wurde nicht viel geschrieben, die Studie wurde jedoch genehmigt.		gewohnt waren, über den RTW-Prozess zu reflektieren (?).
--	--	--	--