

Das Zuhause im Fokus

Professionelles Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen während der stationären Schlaganfallversorgung

Rahel Schmidiger
■■■■■■■■■■

Isabel Steiner
■■■■■■■■■■

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: ER19
Eingereicht am: 06.05.2022
Begleitende Lehrperson: Daniela Senn

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Die beiden Studentinnen, welche diese Bachelorarbeit geschrieben haben, werden als «Verfasserinnen» bezeichnet. Der Begriff «Autorinnen und Autoren» meint die Forschenden der referenzierten Literatur.

Aufgrund des ergotherapeutischen Hintergrunds dieser Arbeit, werden die Erwachsenen nach Schlaganfall grundsätzlich Klientinnen und Klienten genannt. Die referenzierte Literatur spricht allerdings von Patientinnen und Patienten. Beim Zusammenfassen der Ergebnisse im Kapitel 3 übernehmen die Verfasserinnen den Begriff der Studien, ansonsten wird in der vorliegenden Arbeit von Klientinnen und Klienten gesprochen. Verwandte Begriffe werden in dieser Arbeit ebenfalls im ähnlichen Sinne angepasst.

Das Glossar im Anhang A dient zur Erklärung von Begriffen. Diese sind bei ihrer erstmaligen Erwähnung in der Arbeit mit einem * gekennzeichnet.

Inhalt

Abstract	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Rehabilitation nach einem Schlaganfall.....	7
1.2 Problemstellung.....	7
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	8
1.4 Fragestellung.....	9
1.5 Zielsetzung	9
1.6 Definition zentraler Begriffe	9
1.6.1 Hausbesuch vor Austritt.....	9
1.6.2 Schlaganfall	10
1.6.3 Stationäre Schlaganfallversorgung	10
1.6.4 Professionelles Reasoning	11
1.6.5 Ecological Model of Professional Reasoning (EMPR)	12
1.7 Abgrenzung des Themas	14
1.8 Eigener Bezug zur Themenwahl	14
2 Methodik.....	15
2.1 Literaturrecherche	15
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	17
2.3 Selektionsprozess	19
2.4 Beurteilung der Gütekriterien.....	21
2.5 Übertrag ins EMPR.....	22
3 Ergebnisse	22
3.1 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 1 (Atwal et al., 2014).....	22
3.2 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 2 (Davis & Mc Clure, 2019).....	26
3.3 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 3 (Drummond et al., 2012)	29

3.4	Zusammenfassung und Beurteilung Studie 4 (Godfrey et al., 2019)	32
3.5	Zusammenfassung und Beurteilung Studie 5 (Whitehead et al., 2014).....	35
4	Diskussion	39
4.1	Darstellung der Ergebnisse anhand des EMPR	39
4.1.1	Praxiskontext	39
4.1.2	Die Ergotherapeutin / der Ergotherapeut	41
4.1.3	Die Klientin / der Klient.....	41
4.1.4	Therapeutische Handlungen	43
4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung	45
5	Theorie-Praxis-Transfer.....	47
6	Schlussfolgerung	50
6.1	Weiterführende Fragen.....	51
6.2	Limitationen	52
	Verzeichnisse	54
	Literaturverzeichnis	54
	Abbildungsverzeichnis	64
	Tabellenverzeichnis	64
	Abkürzungsverzeichnis	64
	Wortzahl	65
	Danksagung	65
	Eigenständigkeitserklärung.....	65
	Anhang	66
	Anhang A: Glossar	66
	Anhang B: Platzhalter EMPR Modell (unveröffentlicht).....	68
	Anhang C: Rechercheprotokoll	69
	Anhang D: Selektionsverfahren	77

Anhang E: Formulare zur Beurteilung der Gütekriterien 79

Abstract

Thema: Die Schlaganfallversorgung stellt aufgrund ihrer Komplexität eine Herausforderung für die Klientenzentrierung dar. Hausbesuche vor Austritt sollen zur Klientenzentrierung und somit zu einem verbesserten Übergang nach Hause beitragen. Jedoch fehlen Entscheidungsgrundlagen für Hausbesuche, nach welchen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten richten können.

Ziel: Diese Arbeit soll das Professionelle Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen während der stationären Schlaganfallversorgung untersuchen. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen werden Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis abgeleitet.

Methode: Im vorliegenden systematischen Literaturreview wurden mittels einer Literaturrecherche fünf Studien in Fachdatenbanken ausgewählt und kritisch gewürdigt. Die Ergebnisse werden im *Ecological Model of Professional Reasoning* (EMPR) dargestellt.

Ergebnisse: Das Pragmatische, Konditionale, Interaktive, Scientific und Ethische Reasoning beeinflussen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen während der stationären Schlaganfallversorgung. Dabei stehen den Vorteilen von Hausbesuchen pragmatische Faktoren wie Zeit- oder Ressourcenknappheit gegenüber, welche die klientenzentrierte Praxis gefährden. Dies führt zu einem ethischen Dilemma, welches insbesondere für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger eine Herausforderung darstellt.

Schlussfolgerungen: Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind für eine klientenzentrierte Behandlung angehalten, verschiedene Denkweisen in ihre Entscheidung bezüglich Hausbesuche miteinzubeziehen. Dabei soll die eigene Praxis reflektiert, unerfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geschult sowie Klientinnen und Klienten umfassender miteinbezogen werden.

Keywords: home visit, stroke, inpatient, discharge, occupational therapy, reasoning

1 Einleitung

1.1 Rehabilitation nach einem Schlaganfall

Der Schlaganfall als gefässbedingte Erkrankung des Gehirns ist die zweithäufigste Todesursache weltweit (Hacke, 2016). In der Schweiz sind ca. 16'000 Menschen pro Jahr davon betroffen (Meyer et al., 2009). Dabei kehrt ein Drittel der Überlebenden ohne Einschränkungen in den gewohnten Alltag zurück, ein Drittel bewältigt den Alltag mit eingeschränkter Selbstständigkeit und das letzte Drittel bleibt dauerhaft pflegebedürftig (Hacke, 2016). Gerade wenn bleibende neurologische Defizite bestehen, durchlaufen Betroffene nach der Akutbehandlung oftmals eine stationäre Rehabilitation (Frommelt & Lösslein, 2010). Aufgrund der Komplexität der Symptome und Einschränkungen stellt der klientenzentrierte Ansatz in der neurologischen Behandlung eine wichtige Grundlage dar (Frommelt & Lösslein, 2010). Gemäss den Autoren beinhaltet der klientenzentrierte Ansatz den Anspruch, die Betroffenen in ihrer Lage zu verstehen, sie in ihrer Ganzheit wahrzunehmen sowie ihre persönlichen Empfindungen zu berücksichtigen. Dazu gehöre, die Betroffenen in ihrer Umgebung ausserhalb der Institution zu erfassen und Hausbesuche durchzuführen.

1.2 Problemstellung

Aufgrund der vielen beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie der komplexen Variablen stellt die Schlaganfallversorgung eine grosse Herausforderung in der umfassenden, klientenzentrierten Behandlung dar (Frommelt & Lösslein, 2010; Miller et al., 2019). Gemäss Miller et al. (2019) haben die komplexen Gegebenheiten des Systems teilweise Behandlungsrichtlinien zur Folge, welche die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten in den Hintergrund stellen. So wird als typisches Beispiel genannt, dass kurze Aufenthaltsdauern den Betroffenen und ihren Angehörigen nur sehr wenig Zeit lassen, um sich an die neuen, durch den Schlaganfall bedingten Lebensbedingungen anzupassen. Als Folge davon werde nicht nur der erfolgreiche Übergang vom stationären Setting nach Hause behindert, sondern auch die klientenzentrierte Praxis gefährdet. Dieser erschwerte Übergang wird auch von den Klientinnen und Klienten mit einem Schlaganfall wahrgenommen, denn bei der Reintegration in ihren Alltag erfahren sie vielfach Probleme bei der Alltagsbewältigung, in der Selbstversorgung sowie bei der Wohnsituation (Mader & Schwenke, 2020). Rückblickend

empfinden Betroffene die Vorbereitung auf den Übergang nach Hause als ungenügend (Abrahamson et al., 2017). Um dem entgegenzuwirken ermöglicht ein Hausbesuch durch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zusammen mit Betroffenen und Angehörigen im Vorfeld des Austritts allen Beteiligten einen Einblick und eine Beurteilung der Situation zu Hause (Lockwood et al., 2015). Hausbesuche vor Austritt werden in der Literatur vielfach als Mittel zu Verbesserung des Austrittsprozesses diskutiert (Kirchner-Heklau et al., 2021; Lockwood et al., 2015; Wilson et al., 2012). Wie das umfassende Review von Kirchner-Heklau et al. (2021) jedoch aufzeigt, wird die Wirksamkeit von Hausbesuchen auf eine erfolgreiche Rückkehr nach Hause mit geringer bis keiner Signifikanz belegt. Denn aufgrund der Literatur in niedriger Qualität fehle es an validen und robusten Methoden, um den Effekt der Hausbesuche zu messen. Nichtsdestotrotz scheinen Hausbesuche in der Praxis eine wichtige Rolle einzunehmen. Sie werden gemäss Lannin et al. (2011) regelmässig durchgeführt, obwohl es grosse Unterschiede sowohl in der Entscheidung, welche Klientinnen und Klienten einen Hausbesuch erhalten, als auch in deren Durchführung gibt. Die dargestellte Problematik lässt vermuten, dass es an einer Entscheidungsgrundlage bezüglich Hausbesuche für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten fehlt.

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

Wie aus dem vorhergehenden Unterkapitel 1.2 hervorgeht, werden Hausbesuche vor Austritt in der Regel durch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Grundlage hierzu dient der Berufskodex, welcher Professionsangehörige der Ergotherapie dazu verpflichtet, die einzigartige und individuelle Situation ihrer Klientinnen und Klienten zu berücksichtigen und in die Therapie miteinzubeziehen (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), 2011). Diese Vorgabe greift dieselben Aspekte der Klientenzentrierung auf, wie die im Unterkapitel 1.1 genannte Definition von Frommelt und Lösslein (2010). Die S3-Leitlinie für die Behandlung von Menschen nach einem Schlaganfall (Mader & Schwenke, 2020) empfiehlt ein ergotherapeutisches Alltagstraining, welches auf die individuellen Gegebenheiten der Klientinnen und Klienten eingeht. Da der Hausbesuch das natürliche Umfeld der Betroffenen miteinbezieht, schliessen die Verfasserinnen daraus, dass dieser als Mittel zur Umsetzung der Klientenzentrierung geeignet ist. Wie im Unterkapitel 1.2 hergeleitet, fehlt es den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei der Planung, Durchführung und

Nachbereitung von Hausbesuchen vor Austritt aufgrund mangelnder Evidenz an einer Entscheidungsgrundlage. Gemäss Jeffery et al. (2021) können in der klinischen Praxis persönliche Erfahrungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durch sorgfältiges Reflektieren als wichtige Evidenz genutzt werden. Aus Sicht der Verfasserinnen könnte somit das Untersuchen des Professionellen Reasoning als ein anderer Zugang zur Evidenz genutzt werden.

1.4 Fragestellung

Aus der Problemstellung und der Relevanz für die Ergotherapie wurde folgende Fragestellung abgeleitet:

«Inwiefern leitet das Professionelle Reasoning Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen vor Austritt nach Hause während der stationären Schlaganfallversorgung?»

1.5 Zielsetzung

Diese Bachelorarbeit soll einen Einblick in das Professionelle Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Hausbesuche vor dem Austritt nach Hause während der stationären Schlaganfallversorgung gewähren, wodurch die aktuelle Praxis untersucht und reflektiert werden soll. Zudem werden in einem weiteren Schritt die gewonnenen Erkenntnisse in Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis abgeleitet. Diese sollen aufzeigen, wie der Hausbesuch vor Austritt einen Beitrag zu einer möglichst klientenzentrierten Behandlung leisten kann, um den Austritt nach der stationären Schlaganfallversorgung nach Hause verbessern zu können.

1.6 Definition zentraler Begriffe

1.6.1 Hausbesuch vor Austritt

Es besteht keine einheitliche Definition zum Hausbesuch vor Austritt und sowohl sein Ziel als auch sein Fokus variieren je nach Literatur. Als Gemeinsamkeit wird der Hausbesuch als Assessment vor dem Austritt bezeichnet, indem eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut mit den Betroffenen nach Hause geht (Chibnall, 2011; Kirchner-Heklau et al., 2021; Lockwood et al., 2015; Miller et al., 2019). Dabei dient der Hausbesuch oftmals dazu, die Betätigungsperformanz von Aktivitäten im eigenen Umfeld zu erfassen (Lannin et al., 2007; Lockwood et al., 2015; Welch & Lowes, 2005). Zu den weiteren Zielen gehören unter anderem die Erhöhung der Sicherheit,

Empfehlungen zu Hilfsmitteln oder das Aussprechen von Wohnraumanpassungen (Lannin et al., 2011; Miller et al., 2019). Ausserdem soll der Hausbesuch ebenfalls zur Bestimmung dienen, ob ein Austritt nach Hause realistisch erscheint (Lockwood et al., 2015). Laut Lockwood et al. (2015) werden Hausbesuche in diversen Settings und Diagnosegruppen angewendet.

1.6.2 Schlaganfall

Ludwig (2020, S. 26) definiert den Schlaganfall als «akut auftretende meist fokal neurologische Defizite, die länger als eine Stunde dauern und die rein durch eine Ischämie [...] oder Blutung [...] hervorgerufen werden.» Dabei sind 85 % der akuten Schlaganfälle auf eine Ischämie (Gefässverschluss) und 15 % auf eine intrazerebrale Hämorrhagie (Blutung im Gehirn) oder Subarachnoidalblutung (Blutung zwischen den Hirnhäuten) zurückzuführen (Hacke, 2016). Weltweit sei der Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache. Laut Ludwig (2020) gehört er zu den Hauptgründen für die Pflegebedürftigkeit von Erwachsenen. Bei rund 60 % der Betroffenen manifestieren sich bleibende neurologische Schäden (Ludwig, 2020). Des Weiteren seien die Symptome von ischämisch und hämorrhagisch bedingten Schlaganfällen ähnlich und abhängig vom Hirnareal, welches betroffen ist, sowie vom Schweregrad der Schädigung.

1.6.3 Stationäre Schlaganfallversorgung

Die stationäre Schlaganfallversorgung umfasst viele verschiedene Einrichtungen und Versorgungsprinzipien. Zudem erfordert die Komplexität der Versorgung von Klientinnen und Klienten nach Schlaganfall auf allen Ebenen eine enge Zusammenarbeit des interprofessionellen Teams (Hacke, 2016).

Stationär

Eine Behandlung wird als stationär definiert, wenn der Aufenthalt mehr als 24 Stunden dauert oder während mindestens einer Nacht ein Bett belegt wird (Art. 3, VKL).

Akutklinik

Die akute Schlaganfallversorgung beginnt direkt im Anschluss an die Notfallversorgung (Ludwig, 2020). Im Optimalfall werden Betroffene in der Akutphase auf einer Stroke-Unit behandelt. Diese spezifische Schlaganfallstation ist darauf ausgelegt, die wichtigsten Massnahmen der Akutphase durchzuführen und Komplikationen entge-

genzuwirken (Nolte & Endres, 2012). Sobald es der klinische Zustand zulässt, soll die Planung eines Übertritts in eine Rehabilitationseinrichtung erfolgen (Ludwig, 2020).

Neurorehabilitation

Als wichtiges Glied in der Kette der Schlaganfallversorgung ist die Neurorehabilitation zwischen Akutversorgung und ambulanter Reintegration einzuordnen (Hacke, 2016). Gemäss Hacke (2016, S. 976) geht es in der Neurorehabilitation um «die Anbahnung, Unterstützung, Intensivierung und Modifikation [...] von Lernvorgängen, um motorisch-prozedurale sowie neuropsychologische Funktionen in alltagspraktisch relevanten Bereichen zu verbessern.» Dabei ist es ein übergeordnetes Ziel der Rehabilitation, die Teilhabe von Betroffenen am Alltag zu optimieren (Frommelt & Lösslein, 2010).

1.6.4 Professionelles Reasoning

Das Professionelle Reasoning wird als «der Prozess, den praktizierende Ergotherapeuten anwenden, um Behandlungen zu planen, auszuführen und über sie zu reflektieren» definiert (Schell, 2014, zitiert nach Feiler, 2019, S. 30). Dabei bevorzugt Feiler (2019) den Begriff des Professionellen Reasoning gegenüber jenem des Klinischen Reasoning, weshalb in dieser Arbeit ausschliesslich vom Professionellen Reasoning gesprochen wird. Gerade im Gesundheitswesen wird das Reasoning als komplex beschrieben, da das Wissen aus dem Zusammenspiel von Theorie und Erfahrung generiert wird (Higgs et al., 2008). Im Professionellen Reasoning wird zwischen verschiedenen Denkweisen unterschieden, welche sich im Laufe der letzten Jahre entwickelt haben (Feiler, 2019). Beispiele hierfür, welche in dieser Arbeit aufgegriffen werden, sind das Pragmatische, Konditionale, Interaktive, Scientific und das Ethische Reasoning. Das Pragmatische Reasoning betrachtet sowohl den Einfluss des Kontexts als auch der beteiligten Personen auf die Behandlung, worunter der Praxiskontext, organisatorische Komponenten, Teammitglieder oder im Allgemeinen das Umfeld und die Rahmenbedingungen der Institution fallen. Das Konditionale Reasoning befasst sich mit der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft der Klientin oder des Klienten, indem es diese Ebenen zu einem ganzheitlichen Bild verbindet. Beim Interaktiven Reasoning spielt wiederum der Beziehungsaufbau eine grosse Rolle. Denn das Handeln der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten wird

durch Gefühle, Wahrnehmungen und Beobachtungen in der Interaktion mit ihren Klientinnen und Klienten beeinflusst. Das Scientific Reasoning umfasst wiederum das Anwenden von Wissen aus Evidenz oder stützt sich auf Theorien. Um Probleme zu identifizieren, Muster zu erkennen oder Hypothesen zu bilden, wird ein analytisches, logisches Denkverhalten angewandt. Schlussendlich schliesst das Ethische Reasoning Erwartungen, Möglichkeiten, Grenzen und Werte von Klientinnen und Klienten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie der Institution mit ein. In dieser Denkweise werden die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vom Gedanken geleitet, der besagt, was getan werden muss und ob es einen Konflikt zu lösen gilt (Feiler, 2019).

1.6.5 Ecological Model of Professional Reasoning (EMPR)

Das EMPR von Schell und Schell (2018) richtet den Fokus auf die Reflexionsprozesse der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Im Zentrum steht das Zusammenspiel von Ergotherapeutin oder Ergotherapeut, Klientin oder Klient, dem Praxiskontext sowie dem therapeutischen Handeln. Des Weiteren wird im EMPR nebst den Handlungen in der Therapie auch die Vor- und Nachbereitung miteinbezogen. Feiler (2019) wiedergibt und erläutert das EMPR von Schell und Schell (2018) in ihrem Buch *Professionelles und klinisches Reasoning in der Ergotherapie*. Laut der Autorin dient das EMPR neben der Erklärung des Professionellen Reasoning in der Lehre auch als Methode zur Analyse von Faktoren für den Therapieerfolg oder als Reflexionshilfe zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial in der Therapie. Folgend werden die Komponenten des EMPR nach der Darstellung von Feiler (2019) erläutert.

Die Ergotherapeutin / der Ergotherapeut

Gemäss Feiler (2019) formen sowohl persönliche als auch professionelle Faktoren das Reasoning der Ergotherapeutin oder des Ergotherapeuten. Während beispielsweise die individuelle Lebenserfahrung, Werte sowie körperliche und emotionale Fertigkeiten zu den persönlichen Faktoren gehören, beinhalten die professionellen Aspekte hauptsächlich das Wissen zu Theorien und Forschungsgebieten sowie das Wissen aus praktischen Erfahrungen und Massnahmen der Interventionen. Aufgrund dessen bilden sich sowohl ein persönlicher als auch ein professioneller Blickwinkel,

welche sich verbinden und das Handeln der Ergotherapeutin oder des Ergotherapeuten in Bezug auf Problemstellungen in der Praxis beeinflussen.

Die Klientin / der Klient

Auch bei der Klientin oder beim Klienten bilden sich zwei Blickwinkel, wie Feiler (2019) darlegt. Einerseits sind dies die persönlichen Faktoren als Person und andererseits die Aspekte als leistungsbeziehende Klientin oder leistungsbeziehender Klient. Dabei fallen unter die persönlichen Aspekte Werte, Lebenserfahrung und individuelle Fertigkeiten. Die klientenbezogenen Faktoren wiederum umfassen die Kenntnis über den Gesundheitszustand, persönliche Überzeugungen zu gesundheitsbezogenen Theorien, bisherige Therapieerfahrungen sowie das Verständnis von therapeutischen Massnahmen.

Der Praxiskontext

Feiler (2019) zeigt auf, dass jeder Therapieprozess in einem bestimmten Praxiskontext stattfindet und durch diesen beeinflusst wird. Dabei wird der Praxiskontext in die Unterkategorien organisatorische Normen und Regeln, Zeit, Ressourcen an Räumen und Ausstattung, soziales Umfeld, Arbeitsauslastung, Bezahlungsweise und Möglichkeiten einer Weiterbehandlung nach der Entlassung gegliedert.

Therapeutische Handlungen

Die therapeutische Handlung stellt gemäss Feiler (2019) den ökologischen* Prozess zwischen der Ergotherapeutin oder dem Ergotherapeuten, der Klientin oder dem Klienten und dem Praxiskontext dar, woraus sich die Art, der Umfang und der Ablauf eines Therapieprozesses gestaltet. Des Weiteren beinhalten die therapeutischen Handlungen die Zugänge zur Intervention, die durchgeführten Handlungen und deren Erklärungen, die Art der Intervention, klientenbezogene Handlungen ausserhalb der Therapieeinheiten, Ziele sowie den Einbezug von anderen Personen in die Intervention (beispielsweise in Gruppentherapien oder der Bezug von Angehörigen).

Therapie Ergebnisse

Den Abschluss des EMPR bilden die Therapie Ergebnisse, welche sowohl die Zielerreichung als auch die Fortschritte umfassen (Feiler, 2019).

1.7 Abgrenzung des Themas

In dieser Arbeit werden ausschliesslich Hausbesuche mit den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, den Betroffenen und allenfalls deren Angehörigen zu Hause behandelt. Im Gegensatz dazu werden Zugangsbesuche* abgegrenzt. Die Verfasserinnen sehen diese in Bezug auf die Population dieser Arbeit als wenig relevant an, da sie mehrheitlich bei rein physischen Einschränkungen durchgeführt werden (Kirchner-Heklau et al., 2021). Auch Austrittsbesuche, bei denen eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut Betroffene beim Spitalaustritt nach Hause begleitet, sind nicht Inhalt dieser Arbeit. Zudem werden in der Literatur vermehrt virtuelle und digitale Formen von Hausbesuchen diskutiert. Um das Thema einzugrenzen, sind diese ebenfalls nicht Teil der Fragestellung. In der Fragestellung wird ein angestrebter Austritt nach Hause mit oder ohne Unterstützung der Angehörigen angenommen. Deshalb werden Hausbesuche zur Beurteilung der Lage, ob Betroffene zurück nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung austreten, in dieser Arbeit abgegrenzt. Der Hausbesuch soll sich auf das häusliche Umfeld im Haus und auf dem persönlichen Grundstück der Betroffenen beschränken, was sowohl die physischen als auch die sozialen Aspekte der Teilhabe in den Aktivitäten zu Hause und die Einbindung der Angehörigen umfasst. Daher werden Hausbesuche, welche die physische Umwelt oder die soziale Teilhabe ausserhalb des persönlichen Grundstücks beinhalten, wie zum Beispiel die Teilhabe in Vereinen, ausgeschlossen. Diese Arbeit konzentriert sich auf die in den Studien ausgewählten Settings der stationären Akutklinik und Rehabilitation.

Obwohl die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen eine spannende Sichtweise auf die Praxis von Hausbesuchen und deren Erleben bezüglich Klientenzentrierung liefern könnten, kann diese Ansicht aufgrund mangelnder aktueller Literatur in dieser Arbeit nicht beleuchtet werden.

1.8 Eigener Bezug zur Themenwahl

Aufgrund der persönlichen arbeitsbezogenen Erfahrungen in der stationären Schlaganfallversorgung erkannten die Verfasserinnen Verbesserungspotenzial in der Vorbereitung des Übergangprozesses nach Hause. Dabei wurde dieser Eindruck durch Erfahrungsberichte im Austausch mit Betroffenen nach einem Schlaganfall noch

verstärkt. Hierzu stellt der Hausbesuch einen interessanten Aspekt für die Verfasserinnen dar, da dieser in der Literatur zwar mit dem Austrittsprozess verknüpft, jedoch in der Praxis nicht konsequent durchgeführt wird. Zudem wird diese Bachelorarbeit mit Unterstützung von Fragile Suisse, insbesondere dem Pilotprojekt *Lotse*, erarbeitet. Fragile Suisse ist die Schweizer Patientenorganisation für Menschen mit einer Hirnverletzung und deren Angehörigen (Fragile Suisse, o. J.-c). Dabei setzt sich deren Pilotprojekt *Lotse* sowohl für eine nahtlose Unterstützung im Übergang von der stationären Rehabilitation nach Hause als auch für eine langfristige Begleitung der Betroffenen ein (Fragile Suisse, o. J.-a).

2 Methodik

Die Fragestellung dieser Arbeit wurde mittels eines systematischen Literaturreviews beantwortet. In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise dargelegt. Die Keywords sowie die Ein- und Ausschlusskriterien werden präsentiert und das Vorgehen bei der Datenbankrecherche genauer erläutert. Dabei wird aufgezeigt, wie bei der Selektion der Studien und der Beurteilung hinsichtlich ihrer Güte vorgegangen wurde. Ebenso wird das Vorgehen beim Übertrag der Ergebnisse ins EMPR dargelegt.

2.1 Literaturrecherche

Im Rahmen des systematischen Literaturreviews wurde nach Primärliteratur für die Studien sowie Sekundärliteratur und Tertiärliteratur für die Einleitung und die Diskussion recherchiert. Als Unterstützung und Richtlinie bei der Suche diente das Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken „Ref-Hunter“ (Nordhausen & Hirt, 2020). Die systematische Literaturrecherche fand von Dezember 2021 bis Januar 2022 statt. Das sensitive Rechercheprinzip wurde mit dem Ziel gewählt, umfassend zu recherchieren und somit möglichst alle relevanten Treffer zu identifizieren (Nordhausen & Hirt, 2020). Ursprünglich ergründete die Fragestellung das Erleben des Hausbesuches von Ergotherapeutinnen sowie von Ergotherapeuten und wurde nach der Literaturrecherche anhand der Ergebnisse auf das Professionelle Reasoning umformuliert. Anhand der ursprünglichen Fragestellung wurden Suchkomponenten definiert, ins Englische übersetzt und nach verwandten Begriffen und Synonymen gesucht. Zusammengefasst dienten diese als Keywords, welche in Tabelle 1 präsentiert werden.

Zudem wurden entsprechende Schlagwörter wie *CINAHL Headings* und *Medical Subject Headings (MeSH)* gesucht sowie bei der Recherche angewendet.

Tabelle 1

Keywords und Schlagwörter

	Keywords	Schlagwörter
Suchkomponente	Synonyme & verwandte Begriffe	
Hausbesuch/ home visit	house call, predischarge home visit, on-site home visit, discharge planning	House Calls (MEDLINE), Home Visits (CINAHL)
Schlaganfall/ stroke	poststroke, cerebro vascular accident (cva), cerebro vascular insult (cvi), ischemic stroke, hemorrhagic stroke, Brain injury	Stroke (CINAHL, MEDLINE), Ischemic Stroke (CINAHL, MEDLINE) Hemorrhagic Stroke (CINAHL, MEDLINE), Stroke Patients (CINAHL)
Erleben/ experience	perceive, perception, qualitative, view, narrative, phenomenological, attitude, perspective, reasoning, reason, decision	Qualitative Studies (CINAHL), Qualitative Research (MEDLINE)
Ergotherapie/ occupational therapy	occupational therapist, therapy, stakeholder, healthcare professional	Occupational Therapy (CINAHL, MEDLINE)
Austritt/ discharge	discharge planning, transfer, transition, transitional care	Patient Discharge (MEDLINE) "Transfer, Discharge" (CINAHL), Discharge Planning (CINAHL)
Stationär /inpatient	stroke rehabilitation, inpatient rehabilitation, acute	Inpatients (MEDLINE) Stroke Rehabilitation (MEDLINE)

Aus den Keywords wurden Suchstrings mittels Booleschen Operatoren (AND/OR/NOT) erstellt. Trunkierungen (*) dienten zur Erweiterung der Suchstrings, um möglichst alle relevanten Treffer zu erzielen. Die Phrasensuche (") wurde verwendet, um zwei zusammengehörige Wörter in ihrer genauen Reihenfolge zu suchen. Ein Suchstring sah beispielsweise folgendermassen aus: *stroke OR „brain injury“ AND „occupational therap*“ AND „home visit*“ OR house call* AND inpatient rehabilitation OR discharge planning*. Die fünf Fachdatenbanken AMED, CINAHL, LIVIVO, MEDLINE und OTDBASE dienten als Rechercheplattformen, welche aufgrund folgender Kriterien ausgewählt wurden: Abdeckung des gesuchten Forschungsdesigns, Abdeckung eines breiten Themenspektrums, Beinhaltung von medizinisch-therapeutischer und ergotherapeutischer Literatur, Zugänglichkeit, Such- und Publikationssprache (Englisch, Deutsch) sowie der Vertrautheit der Verfasserinnen mit der Datenbank. Fachdatenbanken wie PubMed, deren Ergebnisse eine

Hauptkomponente wie MEDLINE bereits abdeckt, wurden ausgeschlossen. Die entwickelten Suchstrings und Keywords wurden laufend bewertet, angepasst und erweitert. Jedoch eigneten sich aufgrund von spezifischen Schlagwörtern oder fehlenden Funktionen von Booleschen Operatoren nicht sämtliche Suchstrings für alle fünf Fachdatenbanken. Bei mehr als 100 Treffern, wurden die Treffer nicht gesichtet und der Suchstring mit weiteren Begriffen eingegrenzt, um eine kleinere Trefferzahl zu erhalten. Bei weniger als 10 Treffern wurden Keywords wie beispielsweise *stroke* auf *brain injury* erweitert oder weggelassen, um die Suche zu öffnen. Ebenfalls wurde in den Literaturverzeichnissen der recherchierten Literatur nach weiteren Treffern gesucht. Zum Schluss wurde in zwei Leitlinien zum Thema Schlaganfall nach zusätzlicher Literatur recherchiert. Die Dokumentation der Datenbankrecherche erfolgte in einem Protokoll, welches sich im Anhang C dieser Arbeit befindet.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Verfasserinnen definierten Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 2), welche zur anschliessenden Selektion der Literatur dienen sollten.

Tabelle 2

Ein-/ Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Studiendesign	Primärliteratur: qualitative Studien, Mixed Methods Design* und quantitative Studien Sekundärliteratur: Reviews Aufbau nach EMED-Design* Studie soll Reasoning beinhalten	Dissertationen, Studien zur Effektivität von ergotherapeutischen Hausbesuchen Studien welche das Reasoning nicht untersuchen
Intervention	Hausbesuch vor Ort mit Betroffenen	Digitale Versionen des Hausbesuches
Population	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Arbeit mit erwachsenen Personen (älter als 18 Jahre) nach einem Schlaganfall oder einer anderen Hirnverletzung, Austritt nach Hause	Kinder und Jugendliche, muskuloskelettale Diagnosen, Querschnittlähmung, neurodegenerative Erkrankungen, Austritt in ein Heim oder in eine andere Einrichtung
Setting	Stationär (Rehabilitation oder Akutsetting)	Ambulante Therapie, Intensivstation
Erscheinungsjahr	2012 – 2022	Älter als 2012
Sprache /Region	Deutsch, Englisch industrialisierte Nationen mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund wie die Schweiz	Studien aus Entwicklungsländern

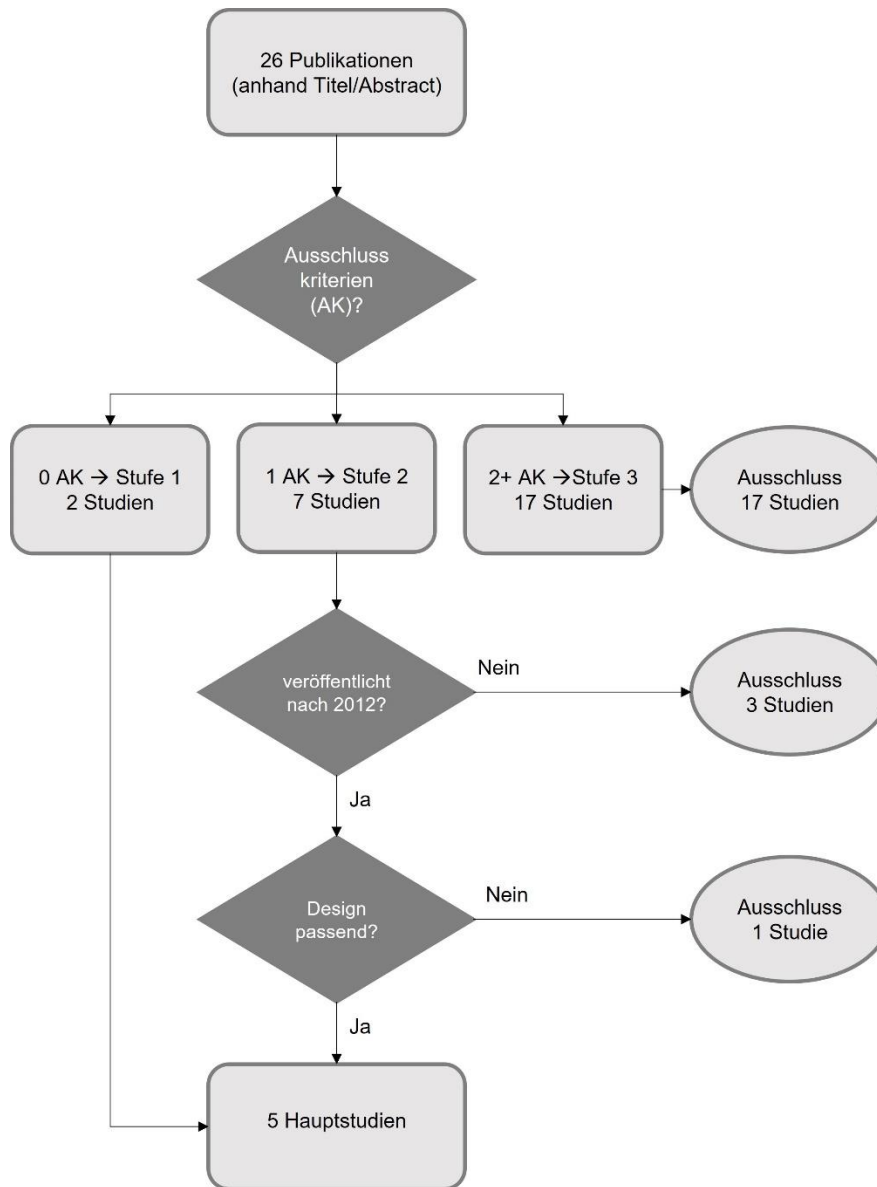
Es wurde hauptsächlich nach qualitativer Primärliteratur gesucht, um einen möglichst tiefen Einblick in die Sichtweise und das Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu erhalten. Aufgrund der geringen Studiendichte wurden Mixed Methods Designs, quantitative Designs und Reviews, welche ebenfalls das Reasoning für Hausbesuche untersuchten, auch inkludiert. Dabei galt das EMED-Format als Qualitätsstandard, welcher eingehalten werden musste. Das Phänomen* Hausbesuch zur Verbesserung des Übergangs nach Hause stellt den Hauptfokus dieser Arbeit dar. Digitale Versionen der Hausbesuche wurden ausgeschlossen, was der Eingrenzung des Themas diene. Als Population wurden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten definiert, da diese Arbeit eine Aussage zu deren Praxis machen soll. Um den Rahmen der Treffer zu erweitern, wurde während der Recherche auch ohne Einbezug einer spezifischen Profession gesucht. Um dem Krankheitsbild zu entsprechen, an dem die Verfasserinnen interessiert sind und um dem Klientel von Fragile Suisse zu entsprechen, welche die Arbeit begleitet, sollte es sich bei den Klientinnen und Klienten um erwachsene Personen nach einem Schlaganfall handeln. Die Diagnose Schlaganfall wurde mit dem Oberbegriff Hirnverletzung ergänzt, da ähnliche Störungsbilder entstehen und die Literaturrecherche alle Studien umfassend einschliessen soll. Während der Recherche zeigte sich jedoch, dass in vielen Studien kein spezifisches Krankheitsbild definiert wurde. Um trotzdem eine umfassende Sichtweise auf das Thema Hausbesuche zu erhalten, wurden solche Studien ohne Angabe eines spezifischen Krankheitsbildes ebenfalls miteingeschlossen. Da das Phänomen Hausbesuch in der Literatur sehr häufig im stationären Setting in einer Rehabilitationsklinik oder auf einer Akutstation vorkommt, wurde dies als Setting dieser Arbeit definiert. Da die vorliegende Arbeit dem aktuellen Forschungsstand entsprechen soll, wurden nur Studien der letzten zehn Jahre inkludiert. Ausserdem wurden nur Studien aus vergleichbaren Kulturen (soziodemografisch und industriell) miteinbezogen, damit der Übertrag der Ergebnisse auf den schweizerischen Kontext gelang. Ebenso sollten die Verfasserinnen die Sprache der Studie beherrschen (Deutsch und Englisch), damit die Ergebnisse adäquat verstanden und interpretiert werden konnten.

2.3 Selektionsprozess

Der Selektionsprozess wird nachfolgend beschrieben und in Abbildung 1 grafisch dargestellt. Im Anhang D ist das detaillierte Vorgehen abgebildet. Bei der Recherche in den Fachdatenbanken wurden bei einer Trefferanzahl bis zu 100 Studien alle Titel und nach Erwägen die Abstracts durchgelesen. Insgesamt wurden 502 Treffer durchgesehen und davon 26 Studien aufgrund der Einschlusskriterien ins Rechercheprotokoll aufgenommen. Diese Treffer wurden anschliessend quergelesen und anhand der Ausschlusskriterien bewertet mit Stufe 1 (kein Ausschlusskriterium trifft zu), Stufe 2 (ein Ausschlusskriterium trifft zu) oder Stufe 3 (zwei oder mehr Ausschlusskriterien treffen zu). Während alle 17 Studien der Stufe 3 direkt ausgeschlossen wurden, wurden die zwei Studien in Stufe 1 direkt eingeschlossen. Die sieben Studien der Stufe 2 wurden nochmals geprüft. Die Ausschlusskriterien Erscheinungsjahr (aufgrund der Relevanz für die Praxis) und beim Studiendesign die Masterthesis (aufgrund deren grossen Umfang) wurden stärker gewichtet und die betreffenden vier Studien ausgeschlossen. Schlussendlich wurden die restlichen drei Studien aus Stufe 2 eingeschlossen, obwohl es sich bei diesen nicht spezifisch um Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit Betroffenen eines Schlaganfalls handelte.

Abbildung 1

Selektionsprozess (eigene Darstellung)



Somit stehen am Ende fünf Studien zur Beantwortung der Fragestellung fest:

- Atwal et al. (2014)
- Davis und Mc Clure (2019)
- Drummond et al. (2012)
- Godfrey et al. (2019)
- Whitehead et al. (2014)

2.4 Beurteilung der Gütekriterien

Die kritische Beurteilung der drei qualitativen Studien und des qualitativen Teils der Mixed Methods Studie wurden anhand des Formulars *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)* sowie der dazugehörigen Leitlinie *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* von Letts et al. (2007) vorgenommen. Die Güte der quantitativen Studie und des quantitativen Teils der Mixed Methods Studie wurde nach den Leitfragen des *Formulars zur kritischen Besprechung quantitativer Studien* und der entsprechenden *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien* nach Law et al. (1998) beurteilt. Alle Formulare zu den entsprechenden Studien befinden sich im Anhang E.

Das genutzte Formular zur qualitativen Beurteilung von Studien (Letts et al., 2007) umfasst die vier Gütekriterien qualitativer Forschung nach Lincoln und Guba (1985). Hierzu ist Tabelle 3 zu entnehmen, welche Massnahmen die entsprechenden Gütekriterien begünstigen. Zudem wurden im Ergebnisteil die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) aufgegriffen und bei den qualitativen Studien dargestellt.

Tabelle 3

Gütekriterien der qualitativen Forschung (Letts et al., 2007)

Kriterien der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness)	Mögliche Massnahmen
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Arten der Triangulation* - Reflektierter Ansatz und benennen von möglichen Bias* - Member-Checking*
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung des Setting - Detaillierte Beschreibung der Teilnehmenden
Nachvollziehbarkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> - Transparente Beschreibung des Forschungsprozesses (Datensammlung, Analyse, Interpretation der Daten, wer war involviert) - Begründung der Entscheidungspfade
Bestätigbarkeit (Confirmability)	<ul style="list-style-type: none"> - Team von Autorinnen und Autoren - Peer-Review* - Selbstreflexion und Journal führen - Experten beiziehen - Empirische Verankerung* mit Zitaten

Das Formular von Law et al. (1998) verwendet die Gütekriterien Reliabilität (Genauigkeit und Konsistenz der Messung eines Messinstrumentes) sowie Validität (Treffgenauigkeit des Messinstrumentes in Bezug auf das, was gemessen soll). Dementsprechend wurden die quantitativen Studien nach diesen beiden Gütekriterien bewertet.

Im Ergebnisteil wurden nur die relevanten Ergebnisse der Studien in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit umfassend dargestellt. Weitere weniger relevante Ergebnisse wurden nur grob erwähnt, sind jedoch im Anhang E detailliert ersichtlich.

2.5 Übertrag ins EMPR

Nach der Beurteilung und Würdigung der Studien wurden die Ergebnisse in einem Mindmap geclustert, um Übereinstimmungen und Unterschiede in den Ergebnissen zu identifizieren. Uneinigkeiten bezüglich Interpretationen zwischen den Verfasserinnen wurden diskutiert. Folgend wurde zur Darstellung als auch zur Interpretation der Ergebnisse das EMPR von Schell und Schell (2018) gewählt. Dieses richtet den Fokus auf das Professionelle Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, wodurch es sich zur Beantwortung der Fragestellung eignet. Feiler (2019) beschreibt das Modell als Reflexionshilfe zur Identifizierung von Verbesserungspotenzial in der Therapie. Dieser Nutzen wird für diese Arbeit als Mehrwert erkannt, um durch die Reflexion relevante Aspekte für den Theorie-Praxis-Transfer auszuarbeiten. In der Darstellung des EMPR wurden die Ergebnisse in dessen Hauptkategorien eingeteilt und nicht in alle Unterkategorien des Modells unterschieden. Dies deshalb, weil nicht zu allen Unterkategorien genügend Ergebnisse zuordenbar waren und der Lesefluss dadurch vereinfacht wird. Zudem wurden die Hauptkategorien in eine für die Ergebnisse sinnvolle Reihenfolge angepasst. Ausserdem wird die letzte Hauptkategorie *Therapeutische Ergebnisse* weggelassen, da sich keine der Ergebnisse zuteilen liessen.

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden sowohl die Methodik als auch die zentralen Ergebnisse der fünf Studien vorgestellt sowie deren kritische Würdigung vorgenommen. Die detaillierten Ergebnisse und Würdigungen befinden sich im Anhang E.

3.1 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 1 (Atwal et al., 2014)

Titel: Factors influencing occupational therapy home visit practice: A qualitative study

Ziel: Die Zielsetzung der Studie umfasst folgende zwei Aspekte: a) zu untersuchen, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Hausbesuche wahrnehmen und b) das

Clinical Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Bezug auf die Durchführung von Hausbesuchen zu ermitteln.

Stichprobe: An der Studie nahmen 21 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten teil, welche Erfahrung in der Praxis mit älteren Menschen vorweisen. Die Personen in der Stichprobe stammen aus England, Wales und Nordirland. 17 Teilnehmende weisen mehr als sechs Jahre Berufserfahrung vor, die restlichen vier Teilnehmenden sind zwischen einem bis sechs Jahren in ihrem Beruf tätig.

Methode: Es handelt sich um eine qualitative Studie, wobei das genauere Studiendesign nicht erwähnt wird. Die Herangehensweise weist einen phänomenologischen* Charakter auf. Das Sampling* erfolgte über Beziehungen (Schneeballsystem). Anschliessend wurden semi-strukturierte Telefoninterviews durch vier Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im Masterstudium durchgeführt. Dabei wurden die Studierenden zuvor von einer erfahrenen Fachperson in der Forschung instruiert und trainiert. Die Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Des Weiteren haben mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke (2006) fünf Autorinnen die Ergebnisse ausgearbeitet, wobei sichergestellt wurde, dass die Themen gut voneinander abgrenzbar sind.

Ergebnisse: Die Autorinnen präsentieren fünf Hauptthemen, welche die Wahrnehmung und das Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen beschreiben. Grundsätzlich werden zwei Arten von Hausbesuchen unterschieden, nämlich der klassische Hausbesuch und der Zugangsbesuch, wobei letzterer in dieser Arbeit abgegrenzt wurde. Tabelle 4 sind die relevanten Ergebnisse für die Fragestellung dieser Arbeit zu entnehmen.

Tabelle 4

Relevante Ergebnisse der Studie 1

Unterthema	Beschreibung
Konzepte der Ergotherapeutinnen /Ergotherapeuten für Hausbesuche	Hausbesuche dienen gemäss den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Mittel, um zu sehen wie Patientinnen und Patienten in ihrem Zuhause zurechtkommen und welche Anpassungen notwendig sind, um die Selbstständigkeit zu erhöhen. Bei Personen mit kognitiven Einschränkungen sind meistens auch Angehörige mit dabei.
Gründe rationalisieren	Hausbesuche werden vor allem zur Vereinfachung der Austrittsplanung durchgeführt. Der Zugang nach Hause soll gewährleistet und Hilfsmittel für den Alltag abgeklärt werden. Folgende Faktoren werden dabei

	berücksichtigt: körperliche Beeinträchtigungen, Mobilität, Sehbeeinträchtigung, neue komplexe Bedürfnisse, Adaptationsmöglichkeiten und kognitive Beeinträchtigungen.
Zeit als Faktor	Vor allem der Zeitdruck in den Institutionen (durch kurze Aufenthaltsdauern oder eine hohe Arbeitsauslastung) hat einen grossen Einfluss auf die Planung. Der optimale Zeitpunkt, die Verfügbarkeit von Fahrzeugen oder die Beteiligung von anderem Personal stellen ausserdem eine organisatorische Hürde dar.
Der Wert von Hausbesuchen	Es werden positive und negative Wahrnehmungen festgehalten. Positiv: <ul style="list-style-type: none"> - hilfreiches, sehr wertvolles Mittel - Ängste der Betroffenen werden reduziert - Betroffene in ihrem eigenen Umfeld zu sehen, dient als Realitätsprüfung - Personen mit kognitiven Einschränkungen führen Betätigungen zu Hause teilweise besser und sicherer aus - steigert das Bewusstsein der Betroffenen, um beispielsweise Hilfe zu akzeptieren Negativ: <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen oder Patienten wollen nicht mehr zurück ins Spital - Stress und Ängste bei den Patientinnen und Patienten werden hervorgerufen, auch aufgrund von zu wenig Informationen im Voraus - Das Bewusstsein über die Realität kann zu negativen Gefühlen führen - Der Hausbesuch wird von Betroffenen als «Test» angeschaut, was Druck auf diese ausübt. Als Folge wird ein verfälschtes Bild abgegeben, indem sich Betroffene besonders bemühen.
Einbindung von Patientinnen und Patienten	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten reflektieren die Einbindung der Betroffenen und die Abgabe von Informationen zum Hausbesuch kritisch.

Limitationen: Als Limitationen ihrer Studie nennen die Autorinnen die Generalisierbarkeit gegenüber anderen Populationen, da sie nur Teilnehmende aus dem Vereinigten Königreich befragten. Ausserdem erläutern sie die Gefahr, dass Personen allenfalls Fakten verschwiegen, welche mit einer schlechten Praxisausübung in Verbindung gesetzt werden. Des Weiteren wird eine vertiefte Reflexion der gewählten Methode des Telefoninterviews dargestellt sowie die Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen. Als Letztes betonen die Autorinnen, dass sich trotz gründlicher Vorbereitung die Interviewfertigkeiten der Studierenden unterscheiden können.

Kritische Würdigung: Die Autorinnen leiten anhand von relevanter Literatur eine klare und verständliche Zielsetzung her. Das Design der Studie wird nicht genauer erläutert. Durch das Sampling über Beziehungen (Schneeballsystem) werden nicht alle möglichen Stichproben der Population erreicht. Zudem werden nicht Stichproben

aus dem gesamten Vereinigten Königreich miteinbezogen (keine Stichproben aus Schottland). Die Methode der semi-strukturierten Telefoninterviews wird von den Autorinnen kritisch reflektiert, mögliche Bias werden erwähnt und vorgenommene Massnahmen zur Reduktion dieser Bias sind deklariert. Zudem werden sowohl die Trainingsinhalte als auch das Vorgehen der Studierenden bei den Interviews transparent dargelegt. Jedoch fehlen sowohl eine Darstellung der eigenen Perspektive als auch Vorkenntnisse der Autorinnen sowie das Führen eines Reflexionstagebuches. Ebenso ist die Darstellung der Beziehung der Autorinnen zu den befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nicht aufgeführt. Es wurde ausserdem kein Member-Checking durchgeführt. Das Vorgehen der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) macht die Unterteilung in fünf Hauptthemen nachvollziehbar und die Untersucher-Triangulation* in der Analyse durch fünf Autorinnen erhöht die Glaubwürdigkeit. Des Weiteren werden die Ergebnisse mit passenden Zitaten empirisch verankert. Demgegenüber sind einige Aussagen im Diskussionsteil anhand der Ergebnisse nicht nachvollziehbar. Auch fehlt eine Hauptaussage zur abschliessenden Beantwortung der Fragestellung. Die Konklusion entspricht eher der Implikation und wird somit nicht umfassend dargestellt. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Kriterien der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) nach Lincoln und Guba (1985).

Tabelle 5

Qualitative Gütekriterien der Studie 1

<p>Glaubwürdigkeit → gegeben <u>positiv</u>: Untersucher-Triangulation; verschiedene Bias reflektiert <u>negativ</u>: kein Member-Checking</p>	<p>Übertragbarkeit → eingeschränkt <u>positiv</u>: Herkunft, Arbeitsort und Erfahrung genannt; verständliche Beschreibung des Settings <u>negativ</u>: geografische Streuung fehlt; nicht das ganze Vereinigte Königreich inkludiert</p>
<p>Verlässlichkeit → gegeben <u>positiv</u>: transparenter Prozess der Datensammlung und Analyse</p>	<p>Bestätigbarkeit → eingeschränkt <u>positiv</u>: Peer-Review; empirische Verankerung <u>negativ</u>: fehlende Reflexion über Vorkenntnisse und Interpretation der Autorinnen</p>

Fazit: Die Studie entspricht bis auf das Arbeitsfeld der Schlaganfallversorgung den Einschlusskriterien dieser Arbeit. Nichtsdestotrotz sehen die Verfasserinnen eine Übertragbarkeit, da viele Betroffene eines Schlaganfalls der älteren Generation angehören, welche die Population dieser Studie darstellt. Zudem steigert das transparente und vertrauenswürdige methodische Vorgehen den Übertrag.

3.2 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 2 (Davis & Mc Clure, 2019)

Titel: An exploratory study of discharge planning home visits within an Irish context – investigating nationwide practice and nationwide perspectives

Ziel: Die Studie hat zum Ziel, die aktuelle Handhabung in der klinischen Praxis in Irland hinsichtlich Hausbesuchen zu untersuchen.

Stichprobe: 122 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus 23 Institutionen nahmen an der Befragung teil. Dabei stammten 95 % aus dem Grossraum Dublin.

Methode: Die Studie weist ein exploratives* Mixed Methods Design auf, wobei die Datenerhebung concurrent (gleichzeitig) in einem Triangulationsdesign* erfolgte. Sowohl die qualitativen als auch die quantitativen Daten wurden mittels eines selbst erstellten Fragebogens erhoben, der auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche entwickelt und in einer Pilotphase getestet wurde. Beim Sampling wurden möglichst alle ergotherapeutischen Fachpersonen aus Irland eruiert und schlussendlich 52 Institutionen kontaktiert, wobei 23 davon der Teilnahme zustimmten. Im quantitativen Teil wurden deskriptive* Daten zusammengefasst, um eine Übersicht der Antworten darzustellen. Massen der zentralen Tendenz wie Mittelwert, Median und Standardabweichung wurden berechnet. Im qualitativen Teil wurde eine Inhaltsanalyse* durchgeführt.

Ergebnisse: Im quantitativen Teil werden die Anzahl Hausbesuche pro Monat, die Dauer der Hausbesuche, standardisierte Instrumente, der Tascheninhalt, die Anzahl Empfehlungen nach dem Hausbesuch sowie die angesprochenen Inhalte während des Hausbesuches aufgezeigt. Demgegenüber legt der qualitative Teil den Fokus auf das Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten rund um den Hausbesuch vor Austritt. Tabelle 6 zeigt die relevanten Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit auf.

Tabelle 6

Relevante Ergebnisse der Studie 2

Unterthema	Beschreibung
Quantitativer Teil	<u>Dauer des Hausbesuches</u> Bei mehr als der Hälfte der befragten Ergotherapeutinnen und

	<p>Ergotherapeuten dauert ein Hausbesuch zwischen 60–90 Minuten ohne Reisezeit. Im Verhältnis hierzu benötigt knapp die Hälfte für die Dokumentation ebenfalls zwischen 60–90 Minuten.</p> <p><u>Standardisierte Instrumente</u></p> <p>56.7 % benötigen fast nie ein standardisiertes Assessment, 12.5 % nutzen regelmässig ein Instrument (SAFER Tool, HOMEFAST oder institutionseigene Checklisten)</p> <p><u>Inhalte und Themen während des Hausbesuches</u></p> <p>Die drei häufigsten Themen während eines Hausbesuches sind: mögliche Stolperfallen, Mobilität im Flur und Betttransfer. Im Allgemeinen sind andere Themen wie Beachten der Umwelt, Mobilität, Aktivitäten üben und Empfehlungen für die Nachsorge aufgelistet.</p>
Qualitativer Teil: Empfundene Vorteile der Hausbesuche	Die Betroffenen im gewohnten Umfeld zu beobachten, wurde als Vorteil empfunden, da dies im Spital nicht simuliert werden kann. Hausbesuche ermöglichen eine erhöhte Patientensicherheit. Die Fachpersonen schätzen ausserdem, dass praktische Tipps vermittelt und die Unabhängigkeit der Betroffenen erhöht werden kann. Es werden auch Vorteile zu psychologischen Aspekten erwähnt, wie erhöhtes Selbstvertrauen und verminderte Angst.
Empfundene Risiken der Hausbesuche	Die Teilnehmenden nennen Risiken verbunden mit gefährlichen Situationen in einem fremden Umfeld. Dazu gehören aggressive Angehörige, Gefahren wie Haustiere, unsichere Wohnumgebungen oder schlechte Hygiene. Zudem wird erwähnt, dass sich ein medizinischer Notfall ereignen könnte oder die Betroffenen stürzen. Die Sorge, dass Personen nicht mehr zurück ins Spital wollen, wird ebenfalls genannt.
Wer benötigt einen Hausbesuch?	Mehrheitlich wird die Verschlechterung des funktionellen oder kognitiven Status als Hauptindikation für einen Hausbesuch genannt. Weitere Gründe sind ein verlängerter Spitalaufenthalt, fehlende Unterstützung zu Hause, alleiniges Wohnen und sicherheitstechnische Aspekte (besonders in Verbindung mit kognitiver Einschränkung).
Verbesserungsmöglichkeiten	Ein Grossteil der Teilnehmenden nennt den Bedarf an einer einheitlichen Checkliste, einem Assessment oder Richtlinien. Dies würde die Entscheidungsfindung vereinfachen. Weitere Verbesserungsvorschläge richten sich auf organisatorische Aspekte wie mehr Zeit, begleitende Assistenzperson, optimierte Transportmöglichkeiten, Unterstützung in der Administration oder eine verbesserte Zusammenarbeit mit ambulanten Therapiestellen.

Limitationen: Die Autorinnen nennen als Limitation, dass die Daten aufgrund von erzählten Erfahrungen erhoben und nicht direkt beobachtet wurden. Aufgrund dessen könne es zu Abweichungen zwischen den Erzählungen und der Realität gekommen sein. Da die Mehrheit der Teilnehmenden aus dem Grossraum Dublin (95 %) stammt, schränke dies die Generalisierbarkeit auf das ganze Land ein. Zudem könne aufgrund der unbekanntenen Grösse der Gesamtpopulation nicht abgeschätzt werden, ob die Stichprobengrösse von 122 repräsentativ sei.

Kritische Würdigung: Die Einleitung führt mittels relevanter Literatur in den aktuellen Stand der Forschung ein. Jedoch greift die Fragestellung die Argumente zu deren

Herleitung nicht mehr auf. Dank des explorativen Mixed Methods Designs wird eine breite Bestandsaufnahme im irischen Kontext ermöglicht. Da beim Messinstrument Fragebogen weder Angaben zur Reliabilität noch zur Validität gemacht werden, kann dessen Güte kaum beurteilt werden. Die Methode des Fragebogens eignet sich nicht für den qualitativen Teil der Studie, da viele Aspekte der Kommunikation verloren gehen. Auch die Autorinnen selbst reflektieren die verminderte Aussagekraft der Ergebnisse des Fragebogens durch das Erfragen von Schätzungswerten kritisch. Demgegenüber ist die Pilotphase des Fragebogens mit zehn Fachpersonen als positiv zu werten. Die Gewichtung des Samplings auf das urbane Gebiet schränkt die Generalisierbarkeit auf das gesamte Land ein, was die Autorinnen selbst als Limitation nennen. Bei der Stichprobe fehlen zur Übertragbarkeit weitere demografische Angaben (Fachbereich, Erfahrungsjahre). Auf Seiten der Autorinnen wird weder eine Reflexion des Hintergrundwissens noch der eigenen Perspektive vorgenommen. Die Auswertung der quantitativen Daten scheint ungenügend, unübersichtlich und nicht einheitlich. So fehlt beispielsweise die Angabe der Masse der zentralen Tendenz. Zudem ergeben die Prozentzahlen zusammen nicht konsequent 100 % und zum Teil werden Personenzahlen anstatt Prozentzahlen angegeben. Zudem ist die alleinige Beteiligung einer Autorin am Analyseprozess negativ zu werten, obwohl das qualitative Verfahren der Inhaltsanalyse als Methode angemessen scheint. In Bezug auf die Darstellung der Resultate fällt auf, dass die Verweise zu den Tabellen in den Textabschnitten verschoben sind und einige Ergebnisse der Tabellen im Text nicht erwähnt werden. Des Weiteren werden im Diskussionsteil viele Resultate nicht mehr aufgegriffen und eine konkrete Implikation der Ergebnisse in die Praxis fehlt. Die Konklusion gibt der Leserschaft keinen Überblick über die Ergebnisse der Studie. Der Tabelle 7 ist eine Übersicht über die Kriterien der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) nach Lincoln und Guba (1985) zu entnehmen.

Tabelle 7

Qualitative Gütekriterien der Studie 2

<p>Glaubwürdigkeit → schwach <i>positiv:</i> die quantitativen Ergebnisse können die qualitativen Aussagen erweitern <i>negativ:</i> Bias aufgrund fragwürdiger Methode zum qualitativen Teil nicht reflektiert; kein Member-Checking; keine Triangulation</p>	<p>Übertragbarkeit → eingeschränkt <i>positiv:</i> geografische Streuung ausgewiesen; Informationen zum Fragebogen detailliert <i>negativ:</i> keine Angaben über den Fachbereich; keine Angaben zu Erfahrungsjahren; wenige Angaben zum Ort und Zeitpunkt der Durchführung</p>
---	--

Verlässlichkeit → eingeschränkt

positiv: grober Ablauf des Analyseverfahrens genannt

negativ: es ist unklar, wer am Datenanalyseverfahren beteiligt war

Bestätigbarkeit → schwach

positiv: Überprüfung des Fragebogens durch Expertenteam; empirisch verankert

negativ: unklar, inwiefern die zweite Autorin am Prozess beteiligt war; keine Reflexion der Vorkenntnisse oder Interpretationen

Fazit: Die Studie erfüllt vier von fünf Einschlusskriterien. Jedoch bezieht sich die Population nicht spezifisch auf Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit Erwachsenen nach einem Schlaganfall. Wie durch die kritische Würdigung ersichtlich wird, weist die Studie zahlreiche Mängel in den Gütekriterien auf. Insbesondere, da die qualitativen Resultate der Studie mit den anderen Studien dieser Arbeit vergleichbar sind, wurde die Studie dennoch trotz der Mängel mit Vorsicht inkludiert.

3.3 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 3 (Drummond et al., 2012)

Titel: Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke: what is national practice?

Ziel: Das Ziel dieser Studie ist es, den Mangel an Wissen zum Thema Hausbesuche aufzuzeigen sowie aktuelle Daten zur Praxis von Hausbesuchen in stationären Schlaganfallkliniken zu sammeln.

Stichprobe: 85 Fragebögen aus 81 Kliniken wurden retourniert. Die Stichprobe ist in England breit gestreut.

Methode: In dieser Studie wird das Design nirgends erwähnt, wobei die einmalige Befragung und das Forschungsziel auf eine quantitative Querschnittstudie hindeuten. Für die Datenerhebung wurde ein Fragebogen genutzt, welcher auf Basis von vorheriger Literatur, Inputs erfahrener Fachpersonen der Ergotherapie sowie Forschenden aus der Ergotherapie entwickelt wurde. Anschliessend wurde der Fragebogen in einer Pilotphase überprüft und an die ergotherapeutischen Leitungen von 184 Spitälern mit einer Schlaganfallabteilung gesandt. Zur Datenanalyse der deskriptiven Daten wurde das Tool SPSS genutzt. Zwei Autorinnen und Autoren codierten und erfassten die Daten, wovon 10 % zufällig ausgewählt und von zwei weiteren Autorinnen und Autoren überprüft wurden.

Ergebnisse: Als Ergebnisse präsentieren die Autorinnen und Autoren die Anzahl sowie die Dauer und die Dokumentation der Hausbesuche und Zugangsbesuche, die Durchführungsgründe, die Prozesse rund um den Hausbesuch sowie das verwendete Material. Zudem werden Freitextkommentare zur Thematik abgebildet. Tabelle 8 erläutert die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse.

Tabelle 8

Relevante Ergebnisse der Studie 3

Unterthema	Beschreibung
Anzahl	In den Akutkliniken werden nur ein Viertel so viel Hausbesuche vorgenommen wie in der Rehabilitationsklinik.
Gründe	Folgende drei Hauptgründe für einen Hausbesuch werden genannt: mit den Betroffenen Aktivitäten aus dem alltäglichen Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu Hause ausführen, Aspekte der Sicherheit, Mobilität und Transfer im häuslichen Umfeld. Weitere Gründe, welche über 50 % der befragten Personen nennen sind: Eingehen auf Bedenken von Angehörigen, Zugang zum Grundstück gewährleisten, Vertrauen von Betroffenen stärken und Hilfsmittelversorgung. Zudem wird in Freitextkommentaren ergänzt: die Einsicht von Betroffenen erhöhen, aufgrund von Bedenken bezüglich Kognition, Sehschwäche, Orientierung oder Wahrnehmung und um Angehörige zu trainieren.
Dauer	Durchschnittlich dauert ein Hausbesuch 63 Minuten. Im Vergleich dauert die Dokumentationszeit 61 Minuten. Die Vorbereitungszeit dauert im Durchschnitt 50 Minuten. In allen Werten bestehen grosse Unterschiede in der Range.
Freie Kommentare (durch 72 % der Teilnehmenden genutzt)	82.5 % der Teilnehmenden schreiben, dass Hausbesuche mit der richtigen Anzahl Personen gemacht werden. 15 % sagen aus, dass nicht genug Betroffene von einem Hausbesuch profitieren. Die Meinungen bezüglich Hausbesuche gehen auseinander. Viele Stimmen sprechen sich stark für den Hausbesuch aus und sind der Meinung, dieser sei bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall eine Pflicht. Auf der anderen Seite gibt es auch Meinungen, welche die Hausbesuche als zu aufwendig beschreiben. Oftmals fehle im interprofessionellen Team das Verständnis. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten berichten aufgrund von Zeitdruck, Personalmangel und kurzer Aufenthaltsdauer nicht genügend Hausbesuche durchführen zu können. Es wird in diesem Zusammenhang die Entlastung durch andere Professionen genannt. Als Verbesserungsvorschlag wird eingebracht, andere Disziplinen in den Hausbesuch miteinzubeziehen. Als weiterer Vorschlag sollten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vor der Durchführung von Hausbesuchen in einem Training gewisse Kompetenzen erwerben.

Limitationen: Die Autorinnen und Autoren geben an, enttäuscht über die Rücklaufquote zu sein. Trotzdem belegen sie mittels Literatur die Rücklaufquote von 47 % als akzeptabel. Die Stichprobe weise zwar eine breite geographische Streuung auf, es

hätten allerdings nur Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus England und nicht aus dem ganzen Vereinigten Königreich teilgenommen. Die Autorinnen und Autoren deklarieren einen Non-response Bias*. Dies könne die Ergebnisse dahingehend beeinflussen, dass weniger interessierte Personen gar nicht erst an der Studie teilnahmen.

Kritische Würdigung: Der Forschungsbedarf der Studie zeigt sich deutlich am Mangel an Fachliteratur im Bereich Schlaganfall. Sowohl in Bezug auf die Forschungsfrage als auch hinsichtlich des Forschungsziels fehlt die Angabe der geographischen Reichweite der Population. Ebenso nennen die Autorinnen und Autoren kein Studiendesign. Der genutzte induktive* Ansatz eignet sich zur Generierung von ersten Forschungsergebnissen zur Schlaganfallversorgung im Kontext von England. Da bei der Datensammlung jeweils die Abteilungsleitung angeschrieben wurde, besteht die Gefahr, dass je nach Interesse dieser Person die ganze Institution nicht an der Umfrage teilgenommen hat. Des Weiteren deklarieren die Autorinnen und Autoren von sich aus den Non-response Bias. Beim selbstentwickelten Fragebogen handelt es sich um kein standardisiertes objektives Erfassungsinstrument. Zudem fehlen Aussagen bezüglich Reliabilität und Validität des Messinstruments. Diese mangelnde Deklaration der Güte mindert die Aussagekraft der Studienergebnisse. Der Fragebogen wurde durch erfahrene Fachpersonen überprüft und nochmals besprochen. Die Autorinnen und Autoren geben ausführliche Informationen zur Stichprobe in Bezug auf deren Arbeitssetting. Die Befragung wurde retrospektiv über zwei Monate im Frühling durchgeführt. Es ist fragwürdig, ob der Zeitpunkt und die Dauer der Datensammlung repräsentativ sind. Auch das Hervorrufen der Daten aus der Erinnerung könnte zu Verfälschungen führen. Neben der Anzahl der befragten Personen werden auch der Mittelwert, die Standardabweichung und die Range angegeben. Da bei der vielfach weiten Range der Mittelwert nicht mehr aussagekräftig ist, wäre zusätzlich die Angabe des Medians spannend. Des Weiteren werden die Anzahl Hausbesuche der Institutionen direkt miteinander verglichen. Damit ein Vergleich aussagekräftig ist, sollte diese Zahl im Verhältnis zur Grösse einer Institution gesetzt werden. Tendenziell wird die Diskussion oberflächlich gefasst und zeigt weder Zusammenhänge noch Unterschiede auf. Zudem werden die Ergebnisse kaum in Verbindung mit vorangehender Literatur gebracht und auch der Bezug zur Fragestellung wird im

Diskussionsteil nicht erwähnt. Ebenso sind Implikationen für die Praxis nicht explizit benannt. Trotz der raren Literatur im Bereich der Schlaganfallversorgung nennen die Autorinnen und Autoren keinen Bedarf für weiterführende Forschung in diesem Bereich. Die Konklusion ist sehr kurzgefasst und gibt keinen Überblick über die gesamte Thematik.

Fazit: Es sind alle Einschlusskriterien erfüllt. Das Erfragen der Gründe in einem quantitativen Design wird kritisch betrachtet. Spannend ist das identische Setting von Klientinnen und Klienten nach einem Schlaganfall.

3.4 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 4 (Godfrey et al., 2019)

Titel: Pre-discharge home visits: A qualitative exploration of the experience of occupational therapists and multidisciplinary stakeholders.

Ziel: Die Studie zielt darauf ab, die Wahrnehmung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie von multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern aus Australien auf deren Entscheidungsprozess in Bezug auf Hausbesuche zu untersuchen.

Stichprobe: Die Stichprobe besteht aus 27 Teilnehmenden, darunter 14 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, fünf ergotherapeutische Managerinnen und Manager sowie acht multidisziplinäre Fachpersonen. Vom ergotherapeutischen Fachpersonal haben sechs Personen weniger als zwei Jahre Berufserfahrung, acht Personen mehr als zwei Jahre und alle Therapiemanagerinnen und Therapiemanager verfügen über mindestens elf Jahre Berufserfahrung. Zudem stammen alle Teilnehmenden aus drei Institutionen in Brisbane.

Methode: Die Autorinnen beschreiben die Studie als qualitativ mit deskriptiver Vorgehensweise, wobei anhand der Methodik ein phänomenologisches Design angenommen werden kann. Dabei wurden die Teilnehmenden über ein lokales klinisches Netzwerk rekrutiert und in Fokusgruppen aufgeteilt. Drei Fokusgruppen bestanden aus ergotherapeutischem Fachpersonal und eine Gruppe aus multidisziplinärem Fachpersonal. In den Fokusgruppen wurden semi-strukturierte Interviews mit offenen Fragen durchgeführt. Die Fragen wurden von zwei Expertinnen und Experten der Ergotherapie konzeptioniert sowie von drei ergotherapeutischen Fachpersonen kritisch beurteilt. Zudem führten eine berufsfremde Person sowie eine Protokollantin oder ein

Protokollant die Fokusgruppen. Des Weiteren wurden die Daten aufgenommen und wörtlich transkribiert. Mittels thematischer Analyse (Braun & Clarke, 2006) wurden diese durch ein erfahrenes Mitglied des Autorentams verarbeitet. Der Analyseprozess wurde für alle vier Fokusgruppen wiederholt, indem die Daten laufend verfeinert und mit zwei weiteren Autorinnen diskutiert wurden.

Ergebnisse: Von den Autorinnen werden drei Hauptthemen zur Wahrnehmung des Entscheidungsprozesses von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten identifiziert. Zudem werden Verbesserungsvorschläge angemerkt. In Tabelle 9 werden die relevanten Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit erläutert.

Tabelle 9

Relevante Ergebnisse der Studie 4

Unterthema	Beschreibung
Erkennen von klinischen Faktoren	Betroffene in ihrer Umwelt sowie klinische Faktoren (Erscheinungsbild der Klientinnen oder Klienten, Betätigungsperformanz, neu erworbene Beeinträchtigungen, Funktionsveränderungen sowie Sicherheitsaspekte) werden als wichtige Einflussfaktoren für die Notwendigkeit eines Hausbesuches gesehen. Erfahrenere Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten heben vor allem die Betätigungsperformanz im realen Umfeld zu Hause als wertvolle und einmalige Chance hervor.
Kontextuelle und pragmatische Einflüsse	Pragmatische Einflüsse auf die Entscheidung wie Ressourcenknappheit, Zeitmangel und fehlende Verfügbarkeit von Transportmitteln werden stark hervorgehoben. Das Setting hat ebenfalls einen Einfluss auf das Reasoning. Im Akutsetting muss oftmals entschieden werden, ob die Betroffenen wirklich dringend einen Hausbesuch benötigen. Ein weiterer Faktor, der zur Entscheidung beiträgt, ist die Verfügbarkeit der ambulanten Nachbetreuung. Das optimale Timing des Hausbesuches, welches durch den Funktionsstatus der Patientin oder des Patienten, der Verfügbarkeit von Angehörigen, Fachpersonen und schlussendlich auch vom Transportmittel abhängig ist, wird ebenfalls erwähnt. Die Nachbearbeitung wie Dokumentationen, Hilfsmittelanpassungen oder erneute Besuche sind aufgrund des Ressourcenmangels sehr erschwert. Die multidisziplinäre Fokusgruppe reflektiert ihr teilweise fehlendes Verständnis für Hausbesuche. Insgesamt werden pragmatische Einflussfaktoren auf das Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mehr diskutiert als klinische Faktoren. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung äussern im Vergleich zu erfahrenen vermehrt Unsicherheiten hinsichtlich der Durchführung von Hausbesuchen.
Wahrnehmen des positiven Wertes	Viele Vorteile werden im Zusammenhang mit dem Hausbesuch vor Austritt beschrieben: Erleichterung für den Austrittsprozess, Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Betroffenen, Stärkung des Selbstvertrauens, Erhalt der Würde, Verbesserung der Selbstständigkeit, Verminderung des Sturzrisikos sowie erhöhte Einsicht. Im Rehabilitationsprozess helfen Hausbesuche, Ziele für die weitere Behandlung zu setzen und so die Motivation der

Betroffenen zu erhöhen. Zusätzlich haben Hausbesuche positive Ergebnisse für die Schulung von Angehörigen.

Trotz der vielen Vorteile werden auch Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert. Durch ein Training der Fertigkeiten könnte den Unsicherheiten von unerfahrenen Fachpersonen entgegengewirkt werden. Ein weiterer Vorschlag ist die Optimierung der Planungsphase durch eine Früherkennung von potenziellen Patientinnen und Patienten für einen Hausbesuch. Ein Instrument zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und Verbesserung der Kommunikation wird als sehr hilfreich angesehen, vor allem für unerfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

Limitationen: Als Limitation der Methodik Fokusgruppe wird von den Autorinnen auf die Gefahr hingewiesen, dass die Gruppendiskussion durch eine Minderheit dominiert werden könnte. Zudem sei eine Verzerrung durch die moderierende Person möglich. Um letzterem Bias entgegenzuwirken, haben die Autorinnen eine berufsneutrale Gruppenleitung gewählt, was wiederum bedeuten könnte, dass die Fachdaten nicht genug feinfühlig aufgegriffen wurden. Obwohl alle Fokusgruppen zu einem natürlichen Schluss kamen, könnte die Länge durch kontextuelle Faktoren am Arbeitsplatz mitbestimmt worden sein. Zudem geben die Autorinnen an, aus pragmatischen Gründen keine Patientinnen und Patienten, Angehörige oder zusätzliches ergotherapeutisches Personal aus der ambulanten Gemeindeversorgung befragt zu haben. Die Generalisierbarkeit werde aufgrund der kleinen Anzahl an Teilnehmenden aus nur einer Stadt verringert. Weiter seien die multidisziplinären Fachpersonen lediglich aus einem Spital, weshalb die Ergebnisse nicht auf alle multidisziplinären Kliniken übertragbar seien.

Kritische Würdigung: Aus der thematischen Herleitung kommt der Forschungsbedarf nicht klar hervor. Zudem wird nicht explizit begründet, warum neben Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auch multidisziplinäre Fachpersonen befragt wurden. Demgegenüber wird der zusätzliche Einbezug von weiterem medizinischem Fachpersonal als positiver Aspekt für die Glaubwürdigkeit gewertet. Ausserdem ist die Methode der Fokusgruppen kongruent zum Forschungsdesign und wird durch Literatur begründet. Dabei hinterfragen die Autorinnen selbstkritisch, ob die schmale Stichprobe aus nur einer Stadt aussagekräftig für den Kontext der Studie (Australien) ist. Die Stichprobe der multidisziplinären Fachpersonen wird nicht in die Tiefe beschrieben und demografische Angaben der Teilnehmenden wie der Fachbereich fehlen. Die Rollen der Autorinnen werden deklariert und deren fachlicher Hintergrund

erwähnt. Die objektive Analyse der Daten ist gefährdet, da die jeweiligen Aussagen der Fokusgruppen den bereits vorhandenen Themen zugeordnet oder ergänzt wurden. Dabei wirkt die Analyse durch drei Autorinnen diesem Bias entgegen. Die Datensättigung wurde erreicht, da nach der vierten Analyserunde keine neuen Themen mehr auftauchten. Ein Member-Checking durch die Teilnehmenden wurde ausgelassen und die Autorinnen verfolgten keinen reflektierenden Ansatz. In der Diskussion entsteht ein klares Bild der Thematik, was jedoch in der Konklusion nicht mehr repräsentiert wird. Es werden konkrete und umfassende Implikationen für die Praxis und die Forschung ausgesprochen. Tabelle 10 gibt eine Übersicht über die Kriterien der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) nach Lincoln und Guba (1985).

Tabelle 10

Qualitative Gütekriterien der Studie 4

<p>Glaubwürdigkeit → gegeben <i>positiv:</i> Untersucher-Triangulation; weitere Triangulation durch Sichtweise verschiedener Berufsgruppen; einige Bias erwähnt <i>negativ:</i> kein Member-Checking</p>	<p>Übertragbarkeit → schwach <i>negativ:</i> Stichprobe nur aus einer Stadt; fehlende Angaben wie Fachbereich, Angaben zu Institutionen; bei multidisziplinären Fachpersonen Berufe nicht durchgängig klar</p>
<p>Verlässlichkeit → gegeben <i>positiv:</i> transparenter Prozess der Datensammlung und -analyse; Rollen der Autorinnen sind deklariert; Datensättigung beschrieben</p>	<p>Bestätigbarkeit → eingeschränkt <i>positiv:</i> Peer-Review; empirisch verankert; Überprüfung der Fragen durch Expertenteam <i>negativ:</i> fehlende Reflexion über mögliche Interpretation der Autorinnen</p>

Fazit: Die Studie erfüllt bis auf das Arbeitsfeld der Schlaganfallversorgung die Einschlusskriterien dieser Bachelorarbeit. Die Ergebnisse können deshalb nicht ohne Vorbehalt auf das Setting von Betroffenen eines Schlaganfalls übertragen werden. Nichtsdestotrotz sehen die Verfasserinnen Parallelen zu den Ergebnissen der auf Schlaganfall bezogenen Studien.

3.5 Zusammenfassung und Beurteilung Studie 5 (Whitehead et al., 2014)

Titel: Who should have a pre-discharge home assessment visit after a stroke? A qualitative study of occupational therapists' views.

Ziel: Die Studie hat zum Ziel, Faktoren zur Entscheidungsfindung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu ermitteln. Dabei soll untersucht werden, bei welchen Betroffenen nach einem Schlaganfall ein Hausbesuch vor Austritt durchgeführt wird.

Stichprobe: Die Stichprobe umfasst 20 erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, welche in der stationären Schlaganfallversorgung im Vereinigten Königreich tätig sind. Es liegt eine breite geografische Streuung der Stichprobe vor.

Methode: Die Studie wurde als Teil der randomisierten Kontrollstudie *home visit after stroke (HOVIS)* (Drummond et al., 2013) durchgeführt. Die Methode wird von den Autorinnen und Autoren als qualitativ und explorativ beschrieben, ohne ein detaillierteres Studiendesign zu nennen. Die Fragestellung und die Herangehensweise weisen jedoch einen phänomenologischen Charakter auf. Die Autorinnen und Autoren erarbeiteten einen Interviewleitfaden, welcher in einer Pilotphase durch eine ergotherapeutische Fachperson in der Neurologie geprüft wurde. Es wurde ein grosses Netzwerk an potenziellen Stichproben angeschrieben, worauf sich 75 der 800 angeschriebenen Personen zur Teilnahme meldeten. Anhand einer gleichmässigen geografischen Streuung wurden bewusst 20 Personen ausgewählt. Alle Interviews wurden von vier Mitgliedern des Autorenteam per Telefon durchgeführt. Die Interviews wurden aufgenommen, durch ein professionelles Team wörtlich transkribiert und von den jeweiligen Interviewerinnen und Interviewern geprüft. Des Weiteren haben die Autorinnen und Autoren die Datenanalyse nach den sechs Schritten der thematischen Analyse von Braun und Clark (2006) durchgeführt.

Ergebnisse: In den Ergebnissen werden drei Hauptthemen dargestellt. Folgend sind in Tabelle 11 die daraus relevanten Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung aufgelistet.

Tabelle 11

Relevante Ergebnisse der Studie 5

Unterthema	Beschreibung
Grad der Beeinträchtigung und Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens	<u>Kognitive Beeinträchtigungen und Wahrnehmungsbeeinträchtigungen:</u> Bei kognitiv betroffenen Personen wird der Hausbesuch von vielen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten genutzt, um einen realistischen Einblick in das Leben der Betroffenen zu erhalten. Die Performanz kann zu Hause je nachdem besser (durch die gewohnte Umgebung) oder schlechter (durch das Fehlen von Struktur) als im klinischen Setting sein. Viele nennen auch, dass sie sich bei Personen mit kognitiven Einschränkungen unsicher über den Hausbesuch sind. Sie befürchten, dass diese Personen den Sinn des Hausbesuches nicht verstehen oder allenfalls nicht mehr zurück ins Spital wollen. Die vielen Stressoren eines Hausbesuches überwiegen teilweise im Verhältnis zum Nutzen.

	<p><u>Mobilität und körperliche Beeinträchtigungen:</u> Bei Personen mit eingeschränkter Mobilität wird ein Hausbesuch vielfach durchgeführt, um die Sicherheit zu Hause zu gewährleisten. Dabei ist zu beachten, dass Betroffene trotz physischen Beeinträchtigungen den Anforderungen des Hausbesuches gerecht werden müssen. Zusammengefasst werden Hausbesuche am meisten mit Patientinnen und Patienten durchgeführt, deren Beeinträchtigungen (physisch sowie kognitiv) mässig schwer sind.</p>
Faktoren des häuslichen Umfelds	<p><u>Physische Merkmale:</u> Der Hausbesuch wird gemäss Angaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten genutzt, um die Voraussetzungen zu Hause zu überprüfen und mögliche Gefahren zu beseitigen. Zudem kann überprüft werden, ob die abgegebenen Hilfsmittel praktikabel sind oder ob noch weiterer Bedarf besteht.</p> <p><u>Verfügbarkeit von Unterstützung:</u> Der Hausbesuch kann den Angehörigen einerseits die Komplexität der Einschränkungen aufzeigen. Auf der anderen Seite wird besorgten Angehörigen vermittelt, dass sich die Betroffenen im gewohnten Umfeld besser bewegen können. Ein weiterer Entscheidungsgrund für die Durchführung eines Hausbesuches ist die Nachbetreuung. Der Hausbesuch wird teilweise als nicht indiziert angeschaut, wenn Betroffene ambulant oder domizil nachbetreut werden.</p> <p>Aus der Sicht der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind sowohl die Beeinträchtigung der Betroffenen als auch deren Umfeld wichtige Faktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen.</p>
Einflüsse auf Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten	<p>Folgende zusätzlichen Faktoren wurden beschrieben, jedoch als weniger wichtig eingestuft:</p> <p><u>Äussere Einflüsse</u> auf die Entscheidung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind: Mitglieder des interprofessionellen Teams (fehlendes Verständnis), Angehörige oder pragmatische Faktoren wie Zeit, Verfügbarkeiten und Personalmangel.</p> <p><u>Interne Einflüsse</u> werden genannt, wenn nicht ein genauer Grund für den Hausbesuch bekannt ist, jedoch ein Bauchgefühl ausschlaggebend ist.</p>

Limitationen: Die Autorinnen und Autoren erwähnen, dass in den Interviews Ressourceneinschränkungen wie Zeit- und Personalmangel angesprochen wurden, jedoch aufgrund des anderen Fokus der Studie nicht näher darauf eingegangen wird. Aufgrund dessen können sie nicht abschätzen, wie viel Gewichtung diese Aspekte im Entscheidungsprozess einnehmen. Als zusätzliche Limitation wird der Grad der Subjektivität aufgrund der Beziehung zwischen dem Autorenteam und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie der Interpretation der Daten genannt. Da die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf nur einer Plattform durchgeführt wurde, hinterfragen die Autorinnen und Autoren die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kontexte.

Kritische Würdigung: Der Bedarf der Studie wird sehr deutlich aufgezeigt und mit Literatur bestärkt. Weder eine Erklärung zur breiten Spannweite der Interviewlängen

noch zu möglichen Bias bezüglich der gewählten Methode der Telefoninterviews wird angegeben. Jedoch ist eine Verlässlichkeit der Daten durch den Beizug einer Fachperson zur Überprüfung des Interviewleitfadens gegeben. Ausserdem wurde die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Rekrutierung auf nur einer Plattform von den Autorinnen und Autoren kritisch hinterfragt. Es ist nicht begründet, warum die Autorinnen und Autoren erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten rekrutierten, obwohl diese in der Forschungsfrage nicht spezifiziert werden. In der Studie fehlen Angaben sowohl zu den Autorinnen und Autoren und deren Hintergrundwissen sowie zur Beziehung zu den Teilnehmenden. Ebenso wurde weder ein Tagebuch noch ein anderer reflektiver Ansatz angewendet. Das Autorenteam besteht aus mehreren Personen, welche sich austauschten, was die Untersucher-Triangulation gewährleistet. Negativ hervorzuheben ist allerdings, dass die Teilnehmenden ihre Aussagen nach der Transkription nicht mehr gegenlesen konnten (Member-Checking). Die Themen des Ergebnisteils sind relevant in Bezug auf die Forschungsfrage und werden reichlich mit Zitaten belegt. Die Autorinnen und Autoren greifen zwei Hauptergebnisse in der Diskussion auf, die sie nur vage mit Literatur untermauern. Der dritte Teil der Ergebnisse wird in der Diskussion in nur einem Satz abgehandelt. In einer kurzen, aber aussagekräftigen Konklusion werden die wichtigsten Studienergebnisse nochmals wiedergeben. Die Tabelle 12 gibt eine Übersicht über die Kriterien der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness) nach Lincoln und Guba (1985).

Tabelle 12

Qualitative Gütekriterien der Studie 5

<p>Glaubwürdigkeit → gegeben <i>positiv:</i> Untersucher-Triangulation; verschiedene Bias reflektiert <i>negativ:</i> kein Member-Checking</p>	<p>Übertragbarkeit → gegeben <i>positiv:</i> breite geographische Streuung; umfassende Informationen zur Stichprobe und Setting <i>negativ:</i> Sampling aus gleicher Plattform</p>
<p>Verlässlichkeit → gegeben <i>positiv:</i> transparenter Prozess der Datensammlung und Analyse; Besprechung von Uneinigkeiten</p>	<p>Bestätigbarkeit → eingeschränkt <i>positiv:</i> Peer-Review; empirisch verankert <i>negativ:</i> wenig Angaben zum Hintergrund und zur Reflexion der Vorkenntnisse sowie Interpretationen der Autorinnen und Autoren</p>

Fazit: Die Studie entspricht allen Einschlusskriterien dieser Arbeit. Insbesondere, dass die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Schlaganfallversorgung arbeiten, ist für diese Arbeit ein Mehrwert. Ebenso überzeugt die vertrauenswürdige Datenanalyse.

4 Diskussion

Das folgende Kapitel dient zur Beantwortung der Fragestellung «Inwiefern leitet das Professionelle Reasoning Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen vor Austritt nach Hause während der stationären Schlaganfallversorgung?». Die von den Verfasserinnen als wichtig erachteten Ergebnisse der Studien werden einander gegenübergestellt, zueinander in Verbindung gesetzt und mit Einbezug weiterer Fachliteratur diskutiert.

4.1 Darstellung der Ergebnisse anhand des EMPR

Im folgenden Unterkapitel wird das EMPR (Schell & Schell, 2018) aufgegriffen, um das Professionelle Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Bezug auf den Hausbesuch vor Austritt aufzuzeigen. Die Inhalte werden wo möglich zusätzlich mit den Denkweisen des Professionellen Reasoning verknüpft. Das Professionelle Reasoning mit seinen Denkweisen (Feiler, 2019) sowie das EMPR von Schell und Schell (2018) wurden bereits in den Unterkapiteln 1.6.4 und 1.6.5 erläutert.

4.1.1 Praxiskontext

Die Ergebnisse der Studien von Atwal et al. (2014), Drummond et al. (2012) und Godfrey et al. (2019) gleichen sich insofern, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten das Pragmatische Reasoning rund um den Hausbesuch vor Austritt stark gewichten. Hierzu verdeutlicht die Studie von Drummond et al. (2012), dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Zusammenarbeit mit Betroffenen eines Schlaganfalls teilweise aufgrund von Zeit- und Personalmangel nicht die gewünschte Anzahl an Hausbesuchen vor Austritt ausführen können. Atwal et al. (2014) benennen die Schwierigkeit des optimalen Timings, um Personal, Hilfspersonal und Transportmittel zu koordinieren. In Bezug auf das Timing fügen Godfrey et al. (2019) an, dass der richtige Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess sowie die Verfügbarkeit der Angehörigen gewährleistet werden muss. Je nach Behandlungsplan kann die Phase der Vorbereitung nach Hause bei Menschen nach einem Schlaganfall sehr kurz sein (Cameron et al., 2014), was die Problematik zusätzlich erschwert.

Als weiteren Einfluss im Pragmatischen Reasoning wurde der hohe administrative Aufwand benannt. Hierzu zeigen Davis und Mc Clure (2019) sowie Drummond et al. (2012), dass die Dokumentationszeit für einen Hausbesuch im Durchschnitt ähnlich

lang dauert wie der Hausbesuch an sich. Laut Godfrey et al. (2019) bleibt daher nicht genügend Zeit, um die administrative Nachbereitung sorgfältig auszuführen. Godfrey et al. (2019) sind sich mit Davis und Mc Clure (2019) einig, dass in der Praxis kaum einheitliche Instrumente zur Entscheidung und Durchführung von ergotherapeutischen Hausbesuchen genutzt werden. Die Studien unterscheiden sich jedoch diesbezüglich, dass Godfrey et al. (2019) keine existierenden Instrumente benennen, während Davis und Mc Clure (2019) zwei entsprechende Instrumente aufzählen. Jedoch würde mehr als die Hälfte der befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten diese nicht nutzen (Davis & Mc Clure, 2019). Die Wichtigkeit von standardisierten Prozessen in der Austrittsplanung bei Klientinnen und Klienten nach einem Schlaganfall heben auch Miller et al. (2019) hervor, indem sie betonen, dass die strukturierte Austrittsplanung aufgrund mangelnder Standardisierung herausfordernd sei.

Whitehead et al. (2014) erwähnen, dass externe Einflüsse von Personen aus dem interprofessionellen Team ihr Pragmatisches Reasoning mitbeeinflussen. Sie führen das Beispiel an, dass Pflegefachpersonen oder Ärztinnen und Ärzte den Betroffenen einen Hausbesuch versprechen, obwohl dieser aus Sicht der Ergotherapie nicht zwingend indiziert wäre. Dieses fehlende Verständnis im interprofessionellen Team beschreiben auch Drummond et al. (2012) und Godfrey et al. (2019). Frommelt und Lösslein (2010) machen deutlich, dass die komplexen Diagnosen in der Neurorehabilitation nach interprofessioneller Zusammenarbeit und gegenseitigem Rollenverständnis verlangen. Ergänzend zeigen Gerber et al. (2018) die Wichtigkeit der Kommunikation und des Teilens einer gleichen Sichtweise in der interprofessionellen Zusammenarbeit auf. Als weiteren Einfluss auf das Professionelle Reasoning heben Whitehead et al. (2014) und Godfrey et al. (2019) die Relevanz der Nachbetreuung im Anschluss an die stationäre Betreuung hervor. Dabei beschreiben sie, dass sich durch eine gut aufgegleiste ambulante oder domizile Nachbetreuung der Hausbesuch während der stationären Betreuung gar erübrigen kann.

Godfrey et al. (2019) unterstreichen die schwere Gewichtung des Pragmatischen Reasoning mit der Aussage, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pragmatische Faktoren vielfach öfters diskutieren als klinische Faktoren. Dabei schliessen klinische Faktoren gemäss Godfrey et al. (2019) die Aspekte der individuellen Betätigungsperformanz der Betroffenen sowie die Passung zwischen Klientinnen oder

Klienten sowie deren Umwelt ein, was folglich dem Konditionalen Reasoning zugeordnet werden kann. Atwal et al. (2014) nehmen diesbezüglich klar die Gegenposition ein, indem sie erläutern, dass Entscheidungen zu Hausbesuchen aufgrund klinischer Bedürfnisse gemacht werden müssen und nicht von den verfügbaren Ressourcen abhängig sein sollten. Diese beiden gegenseitigen Aussagen verdeutlichen, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auch aufgrund ihres Ethischen Reasoning Entscheidungen treffen müssen.

4.1.2 Die Ergotherapeutin / der Ergotherapeut

Die Ergebnisse aus der Studie von Godfrey et al. (2019) zeigen, dass die Erfahrungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eine wesentliche Rolle im Professionellen Reasoning spielen. Dabei legen die Autorinnen dar, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung mehr Unsicherheiten im Ablauf der Hausbesuche angeben. Das Reasoning unterscheide sich von unerfahrenen zu erfahrenen Berufskolleginnen und Berufskollegen dahingehend, dass letztere den Fokus vermehrt auf die Kernprinzipien der Ergotherapie, das heisst, auf den Menschen bei der Betätigung in seiner Umwelt legen. Die Autorinnen begründen diese Aussage damit, dass sich die Fertigkeiten des Professionellen Reasoning im Laufe der Berufskarriere entwickeln. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Mitchell und Unsworth (2005), welche die Unterschiede im Reasoning von erfahrenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im Vergleich zu Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern bei ambulanten Hausbesuchen untersuchten. Eines der Haupterkenntnisse bei fehlender Erfahrung sei, dass die Aufmerksamkeit auf das Pragmatische Reasoning (Organisation, Koordination, Prozesse abhandeln) gelegt wird, infolgedessen die Kapazität für das Konditionale und Interaktive Reasoning vermindert werde. Als Folge davon fehle den Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern trotz dem Bewusstsein über die Klientenzentrierung die Erfahrung, um diese vollumfänglich umzusetzen.

4.1.3 Die Klientin / der Klient

Atwal et al. (2014), Davis und Mc Clure (2019), Drummond et al. (2012) und Godfrey et al. (2019) nennen gleichermassen das Erhöhen der Einsicht von Klientinnen und Klienten bezüglich funktionellen Defiziten und zukünftig benötigter Hilfe als Vorteil eines Hausbesuches. Bei Klientinnen und Klienten nach einem Schlaganfall kann die

Anosognosie* als neuropsychologische Störung auftreten (Hacke, 2016). Es lässt sich daraus schliessen, dass die Einsicht im neurologischen Setting besonders relevant ist, jedoch aufgrund der Anosognosie eine zusätzliche Herausforderung darstellen kann. In Bezug darauf zeigt Sexton (2013) auf, dass bei neurologischen Klientinnen und Klienten der Hausbesuch oftmals als Mittel gewählt wird, um die Betroffenen selbst herausfinden zu lassen, inwiefern Betätigungen in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Des Weiteren betonen Atwal et al. (2014), dass diese Einsicht der Realität neben positiven auch negative Gefühle wie Ängste und Stress hervorrufen kann. Durch den Hausbesuch erhalte die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut einen Einblick in die Empfindungen der Klientin oder des Klienten in Bezug auf das eigene Zuhause. Hierzu beschreiben Connolly and Mahoney (2018) die Erfahrung als einschneidend, dass Menschen mit einem Schlaganfall nach der Entlassung der stationären Rehabilitation ihr Zuhause nicht mehr gleich wie vorher wahrnehmen. Daraus lässt sich die Wichtigkeit dieses Realitätschecks im geschützten Rahmen trotz der Gefahr von negativen Gefühlen ableiten. Kirchner-Heklau et al. (2021) empfehlen diesbezüglich, sich als Ergotherapeutin oder Ergotherapeut dieser potenziellen Ängste stets bewusst zu sein, um sensibel darauf reagieren zu können. In diesem Eingehen auf Ängste und Empfindungen werden die Fertigkeiten des Interaktiven Reasoning erkannt, welche somit ebenfalls Einfluss auf das Professionelle Reasoning haben.

Gemäss Atwal et al. (2014) und Godfrey et al. (2019) ist der Einbezug der Klientinnen und Klienten in den Therapie- und Entscheidungsprozess teilweise gefährdet. Insbesondere dann, wenn die Abgabe von Informationen ungenügend ist, was die Klientin oder den Klienten daran hindert, sich aktiv in den Prozess einzubringen (Atwal et al., 2014). Die Ergebnisse der Studien von Atwal et al. (2014) und Godfrey et al. (2019) weisen darauf hin, dass persönliche Empfindungen der Klientinnen und Klienten oftmals zu wenig berücksichtigt werden. Dies würde gemäss der Definition von Frommelt und Lösslein (2010) auf eine verminderte Klientenzentrierung deuten. Hinsichtlich dieser Thematik reflektieren Atwal et al. (2014) vertieft die teilweise unterschiedlichen Prioritäten im Behandlungsprozess. So würden sich Klientinnen und Klienten beispielsweise oftmals eine Gewichtung auf dem Wiederaufbau von sozialen Kontakten wünschen, was vielfach nicht den Prioritäten der Ergotherapeutinnen und

Ergotherapeuten entspräche. Auch Lockwood et al. (2015) betonen die Diskrepanz der unterschiedlichen Ansichten der beteiligten Personen am Hausbesuch. Die Aussagen dieser beiden Studien machen den Anschein, dass das Interaktive Reasoning gewissermassen vernachlässigt wird, indem nicht auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen wird. Unsworth (2004) konnte aufzeigen, dass das Interaktive Reasoning in einem engen Zusammenhang mit der Klientenzentrierung steht. Die Verfasserinnen interpretieren daraus, dass das verminderte Interaktive Reasoning die Klientenzentrierung in der Praxis negativ beeinflusst.

Als andere Grundlage des Professionellen Reasoning nennen Atwal et al. (2014), Davis und Mc Clure (2019) sowie Godfrey et al. (2019) verschiedene positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Klientinnen und Klienten. Gemäss Godfrey et al. (2019) stärken Hausbesuche das Wohlbefinden, das Selbstvertrauen und den Erhalt der Würde der Betroffenen. Auch Davis und Mc Clure (2019) bestärken die Aussage über ein gestärktes Selbstvertrauen. Des Weiteren erwähnen diese eine Reduktion von Ängsten, was sich mit den Ergebnissen von Atwal et al. (2014) deckt.

4.1.4 Therapeutische Handlungen

Bei allen fünf Studien beziehen die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten klinische Faktoren in ihr Professionelles Reasoning mit ein, was sich in der Denkweise des Konditionalen Reasoning widerspiegelt. Klientinnen und Klienten können nach einem Schlaganfall zu Hause anders agieren als im Spitalsetting (Drummond et al., 2012). Gemäss Godfrey et al. (2019) ist der Hausbesuch die einzige Möglichkeit, um Betroffene in deren natürlichen Umwelt zu erfassen. Des Weiteren wird bei Klientinnen und Klienten mit kognitiven Einschränkungen nach erworbener Hirnschädigung der Übertrag des Gelernten aus dem Klinikalltag in das natürliche Setting zu Hause als herausfordernd beschrieben (Drummond et al., 2013; Holmqvist et al., 2009). Als Lösung dieser Schwierigkeit schlagen Holmqvist et al. (2009) vor, Betätigungen im realen Umfeld des Klienten durchzuführen. In Bezug dazu heben Drummond et al. (2012) das Ausführen und Üben von bedeutungsvollen Betätigungen zu Hause als Hauptgrund für einen Hausbesuch hervor. Daraus lässt sich folgern, dass bei Menschen nach einem neurologischen Ereignis ein Hausbesuch zu einem verbesserten Übertrag des Gelernten beitragen könnte. In der Studie von Atwal et al. (2014) setzen die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Hausbesuche ein, um die

Selbstständigkeit von Betroffenen in ihrer natürlichen Umwelt mit deren neuen Beeinträchtigungen zu erfassen. Dies führe dazu, dass die Klientin oder der Klient danach auch im Spital eine verbesserte Betätigungsperformanz zeige. Godfrey et al. (2019) knüpfen an diesem Punkt an und erläutern, dass aufgrund von Hausbesuchen vielfach wieder neue Betätigungsziele resultieren. Diese klientenzentrierten Ziele würden den Betroffenen neue Motivation verleihen. Auch Boonstra et al. (2005) unterstützen dieses Argument in Bezug auf Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung, indem durch den Einblick in die Betätigungsperformanz im realen Umfeld eine realistischere Zielsetzung möglich wird.

Das Verbessern von Sicherheitsaspekten bezüglich des Austritts prägt das Professionelle Reasoning stark. In Bezug auf diesen Punkt ergänzen sich alle fünf Studien dieser Arbeit. Insbesondere da Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gewährleisten müssen, dass sich die Klientinnen und Klienten sicher Zuhause bewegen können (Whitehead et al., 2014). In Bezug auf den Schlaganfall ist anzumerken, dass aufgrund einer Hirnverletzung vielfältige motorische Beeinträchtigungen auftreten können (Hemiparesen, Ataxien und weitere) (Frommelt & Lösslein, 2010), welche folglich die Sicherheitsaspekte zusätzlich erschweren. Hierzu werden Hausbesuche als wertvoll erachtet, um bei physischen Beeinträchtigungen das Sturzrisiko zu vermindern (Godfrey et al., 2019) und die Umwelt entsprechend anzupassen (Whitehead et al., 2014).

Die Durchführung eines Hausbesuches bei Menschen mit einer kognitiven Einschränkung wird in den Studien kontrovers diskutiert. So sind Atwal et al. (2014), Davis und Mc Clure (2019) sowie Drummond et al. (2012) der Meinung, dass es bei kognitiv betroffenen Klientinnen und Klienten umso wichtiger ist, die Betätigungsperformanz zu Hause zu überprüfen. Ebenso belegen Boonstra et al. (2005), dass Menschen nach einer erworbenen Hirnschädigung im gewohnten Umfeld eine bessere Betätigungsperformanz zeigen. Im Gegensatz dazu präsentieren Whitehead et al. (2014) neben den bereits genannten Meinungen auch gegenteilige Ergebnisse. Wenn Betroffene aufgrund starker kognitiver Einschränkungen den Hintergrund des Hausbesuches nicht verstehen, überwiege der ausgelöste Stress den Vorteilen. Des Weiteren ziehen Whitehead et al. (2014) in der Denkweise des Scientific Reasoning das Fazit, dass Personen mit moderaten Beeinträchtigungen, sowohl physischen als

auch kognitiven, die Klientengruppe ist, welche den grössten Bedarf und Nutzen in Bezug auf Hausbesuche hat. Demgegenüber sehen Boonstra et al. (2005) den Hausbesuch auch bei stark betroffenen Klientinnen und Klienten als sehr vielversprechend.

Ebenfalls eine Rolle im Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten spielt der Einbezug von Angehörigen. Dabei kann der Hausbesuch als Mittel genutzt werden, um Angehörige über den Umgang mit der Beeinträchtigung zu informieren (Godfrey et al., 2019). Dies veranschaulichen Drummond et al. (2012) mit der Aussage, dass durch den Hausbesuch die Ängste der Betroffenen reduziert werden können. Einerseits unterstützen Whitehead et al. (2014) die Aussage von Godfrey et al. (2019) und Drummond et al. (2012), andererseits heben sie zusätzlich hervor, dass der Hausbesuch uneinsichtigen Angehörigen die Komplexität der Beeinträchtigung aufzeigen kann. Im Gegensatz zu den anderen Studien verbinden Atwal et al. (2014) den Einbezug der Angehörigen mit der Art der Beeinträchtigung der betroffenen Person. Bei kognitiven Einschränkungen sei die Einbindung von Angehörigen beim Hausbesuch üblicher als bei ausschliesslich physisch betroffenen Klientinnen und Klienten. Boonstra et al. (2005) merken dazu an, dass Hausbesuche die Einbindung der Angehörigen in den Therapieprozess von Klientinnen und Klienten mit erworbener Hirnschädigung unterstützen.

4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde das Professionelle Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Hausbesuche vor Austritt während der stationären Schlaganfallversorgung untersucht. Im folgenden Unterkapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse der Studien nochmals aufgegriffen und in Verbindung zu der Fragestellung dieser Arbeit gebracht.

Die Ergebnisse aller Studien zeigen, dass viele verschiedene Faktoren und Denkweisen das Professionelle Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Bezug auf den Hausbesuch vor Austritt bei Menschen nach einem Schlaganfall beeinflussen. Dabei ist eines der Hauptkenntnisse, dass pragmatische Faktoren wie Zeitdruck und Personalmangel einen grossen Einfluss auf die Entscheidungsfindung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben. Das pragmatische Reasoning

leitet Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten insofern, dass Hausbesuche vielfach nicht durchgeführt oder abgesagt werden müssen (Godfrey et al., 2019). Des Weiteren scheint in drei der fünf Studien das Pragmatische Reasoning die Hauptrolle im Professionellen Reasoning zu spielen (Atwal et al., 2014; Drummond et al., 2012; Godfrey et al., 2019). Im Gegensatz dazu bringen jedoch alle Studien sowohl den Wert als auch die Vorteile des Hausbesuches vor Austritt zum Vorschein und zeigen dessen Wichtigkeit auf. Der Hausbesuch diene im Konditionalen Reasoning, den Blick auf die veränderte Betätigungsperformanz im häuslichen Umfeld zu richten und daraus Erkenntnisse für den weiteren Therapieprozess zu gewinnen. Alle Studien heben Aspekte des Scientific Reasoning hervor, indem Funktionsänderungen von physischen oder kognitiven Fertigkeiten aufgrund des Krankheitsbildes als wichtige Faktoren für den Hausbesuch erachtet werden. Auch das Interaktive Reasoning fließt mit ein, indem Ängste der Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden (Atwal et al., 2014; Davis & Mc Clure, 2019). Allerdings beschreiben Atwal et al. (2014), dass die Bedürfnisse der Betroffenen nicht genügend miteinbezogen werden, woraus die Verfasserinnen schliessend, dass die Denkweise des Interaktiven Reasoning teilweise vernachlässigt wird. Aus dem Gegenüberstellen aller Studien lässt sich ein ethisches Dilemma erkennen. Auf der einen Seite stehen vermeintlich nicht veränderbare pragmatische Faktoren rund um den Hausbesuch, auf der anderen Seite der klientenzentrierte Ansatz, welcher vom ergotherapeutischen Berufskodex gefordert wird (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), 2011). Daraus lässt sich schliessen, dass das Ethische Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten den Prozess des Hausbesuches ebenfalls mitbeeinflusst.

Alle Studien zeigen die Komplexität des Hausbesuches auf. Aufgrund dessen ist es nachvollziehbar, dass dieser Prozess von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten fortgeschrittene Fertigkeiten des Professionellen Reasoning erfordert. Die Ergebnisse der Studie Godfrey et al. (2019) bringen hervor, dass Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger Mühe haben, alle relevanten Faktoren in ihr Reasoning miteinzubeziehen. Durch das noch stärkere Leiten der pragmatischen Faktoren als bei erfahrenen Berufskolleginnen oder Berufskollegen wird der Einbezug anderer Denkweisen wie dem Konditionalen und Interaktiven Reasoning bei Berufseinsteigerinnen

und Berufseinsteigern erschwert, wodurch der Fokus weiter von der Klientin oder dem Klienten wegrückt (Mitchell & Unsworth, 2005).

Die Studien liefern umfassende Antworten, inwiefern das Professionelle Reasoning Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen vor Austritt während der stationären Schlaganfallversorgung leitet. Dabei erkennen die Verfasserinnen den Hauptfokus im Pragmatischen, Konditionalen, Interaktiven, Scientific und Ethischen Reasoning. Allerdings ist der Begriff des Professionellen Reasoning gemäss Feiler (2019) sehr breit gefasst und schliesst noch weitere Denkweisen ein. Aufgrund der Komplexität des Hausbesuches und der Schlaganfallversorgung könnten noch weitere Denkweisen einen Einfluss haben, welche in den Studien dieser Arbeit nicht thematisiert oder von den Verfasserinnen nicht erkannt wurden. Aus diesem Grund kann die Fragestellung dieser Arbeit nicht abschliessend beantwortet werden.

5 Theorie-Praxis-Transfer

Die in Kapitel 3 und 4 präsentierten und diskutierten Ergebnisse werden in diesem Kapitel aufgegriffen, um explizite Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis des Hausbesuches vor Austritt während der stationären Schlaganfallversorgung auszusprechen.

Die Studien dieser Arbeit bringen hervor, dass vor allem das Pragmatische Reasoning viel Platz im Professionellen Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten einnimmt. Wie im Kapitel 1 erläutert, fordert die S3-Leitlinie für die Behandlung von Menschen nach einem Schlaganfall sowie der ergotherapeutische Berufskodex ein individuell an die Gegebenheiten angepasstes Alltagstraining (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), 2011; Mader & Schwenke, 2020). Aus Sicht der Verfasserinnen ist es deshalb zentral, dass sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in ihrem Ethischen Reasoning dieser Diskrepanz zwischen der Gewichtung der pragmatischen Faktoren und der Forderung nach Klientenzentrierung bewusst sind. Denn das Bewusstsein dieses starken Fokus des Pragmatischen Reasoning könnte helfen, die eigene Praxis zu reflektieren und ausdrücklich weitere Denkweisen wie das Konditionale, Interaktive und das Scientific Reasoning zugunsten der Klientenzentrierung zu gewichten. Da vor allem unerfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Schwierigkeiten mit dem gleichzeitigen Einbezug mehrerer

Denkweisen haben (Mitchell & Unsworth, 2005), lässt sich folgern, dass ein Stärken der Reasoning Fertigkeiten sinnvoll erscheint. Laut Jeffery et al. (2021) benötigen unerfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Austauschmöglichkeiten, um von der Evidenz von erfahrenen Berufskolleginnen und Berufskollegen profitieren zu können. Dafür geeignete Verfahren seien Hospitationen bei Berufskolleginnen und Berufskollegen, Supervisionen sowie das routinemässige Einholen einer Zweitmeinung durch erfahrene Fachpersonen. Daraus lässt sich folgern, dass eine sorgfältige Einführung und die Begleitung von Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern bei Hausbesuchen vor Austritt während der stationären Schlaganfallversorgung notwendig sind.

Die Studien dieser Arbeit zeigen Verbesserungsmöglichkeiten auf, um den pragmatischen Faktoren in Bezug auf den Hausbesuch entgegenzuwirken. Als Beispiel erwähnen Davis und Mc Clure (2019) sowie Godfrey et al. (2019) die Wichtigkeit von standardisierten Instrumenten, welche jedoch aktuell kaum genutzt werden. Die Verfasserinnen sehen in standardisierten Instrumenten wie beispielsweise Checklisten, Assessments und Dokumentationsvorlagen Potenzial, um den organisatorischen Aufwand zu reduzieren, die Entscheidungsfindung zu erleichtern und Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern eine strukturiertere Vorgehensweise zu ermöglichen.

Threapleton et al. (2017) diskutieren das Potenzial von Virtual Reality* Alternativen zum Hausbesuch. Die befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, sowie Klientinnen und Klienten nach einem Schlaganfall sehen darin eine Möglichkeit, um das Sicherheitsbewusstsein und die Einsicht der Betroffenen zu stärken, da potenzielle Gefahren erkannt werden können. Diesen Vorteilen des virtuellen Hausbesuches ist entgegenzuhalten, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Bedenken äussern, dass Betroffene nach einem Schlaganfall mit kognitiven oder visuellen Beeinträchtigungen oder Wahrnehmungsstörungen nicht in der Lage sind, einem virtuellen Hausbesuch nachzukommen (Threapleton et al., 2017). Weiter sei es durch eine digitale Form auch nicht möglich, die Betroffenen in deren Umwelt zu beobachten. Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass Alternativen eines virtuellen Hausbesuches eher als Ergänzung für den herkömmlichen Hausbesuch bei Klientinnen und Klienten nach einem Schlaganfall genutzt werden können und nicht als Ersatz. Eine Möglichkeit, dass Betroffene während der stationären Rehabilitation in deren

realen Umwelt agieren können, bieten Wochenendurlaube (Cameron et al., 2014). Die Verfasserinnen sehen in den Wochenendurlaube eine Chance, das Erleben von Klientinnen und Klienten in ihrem eigenen Zuhause in die Therapie miteinzubeziehen, was wiederum die Klientenzentrierung erhöht. Bishop und Brott (2020) bringen hervor, dass Fragebögen über Messungen sowie Fotos des Zuhause als Auftrag für Angehörige eine einfache und zeitsparende Alternative für den Hausbesuch darstellen. Einschränkend muss gesagt werden, dass diese Studie nicht direkt auf die Population von Betroffenen eines Schlaganfalls übertragen werden kann. Schlussendlich sehen die Verfasserinnen in den erwähnten Methoden dieses Abschnittes Möglichkeiten zur Reduktion von pragmatischen Faktoren wie dem hohen Zeitaufwand, da bereits Aspekte der Sicherheit oder Mobilität durch andere Methoden abgedeckt werden können. Je nach individuellen Begebenheiten könnten die Methode des Virtual Reality, Wochenendurlaube oder Informationen durch Angehörige sogar als Alternative zum Hausbesuch dienen. Die Methoden sollten jedoch vorsichtig auf die Klientin oder den Klienten abgestimmt werden.

Im interprofessionellen Team der Schlaganfallversorgung herrscht vielfach ein fehlendes Verständnis über den Hausbesuch vor Austritt (Drummond et al., 2012; Whitehead et al., 2014). Gleichwohl wird aufgrund der Komplexität von neurologischen Krankheitsbildern sowohl die interprofessionelle Zusammenarbeit als auch das gemeinsame Verständnis der Behandlung als grundlegend erachtet (Frommelt & Lösslein, 2010). Die Verfasserinnen erkennen darin die Wichtigkeit der Schulung und Sensibilisierung der interprofessionellen Fachpersonen bezüglich Hausbesuche vor Austritt.

Bei Betroffenen eines Schlaganfalls kann aufgrund von kognitiven Einschränkungen die Gefahr bestehen, dass der Sinn und Zweck des Hausbesuches nicht verstanden wird (Whitehead et al., 2014). Die in der Studie von Atwal et al. (2014) erwähnte Angst vor dem Hausbesuch führen die Autorinnen auf die Umstände zurück, dass die Betroffenen zu wenig Informationen über den Hausbesuch erhalten haben. Aus diesen beiden Argumenten lässt sich folgern, dass umfassende Informationen über den geplanten Hausbesuch helfen, bestehende Ängste bei Klientinnen und Klienten zu reduzieren und ihnen den Sinn und Zweck des Hausbesuches aufzuzeigen. Denn Betroffene sollen eine Chance erhalten, ihre Meinung zu äussern und in

Entscheidungen miteinbezogen zu werden (Atwal et al., 2011). Diesbezüglich könnte gemäss den Verfasserinnen die Aufklärung durch Informationen eine Möglichkeit darstellen, die Klientenzentrierung in Bezug auf den Hausbesuch zu erhöhen. Dabei gehört zu einer umfassenden Informationsvermittlung das Beschreiben des Prozesses des Hausbesuches sowie das Erklären von Vorteilen und Risiken (Atwal et al., 2011). Bezüglich der Vermittlungsart trägt gemäss Johnson et al. (2003) das Vermitteln von Informationen sowohl in schriftlicher als auch in mündlicher Form signifikant zu einer verbesserten Wissensaufnahme bei. Zudem bedingt ein guter Austausch vor dem Hausbesuch den Einbezug von Klientinnen und Klienten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Angehörigen und allenfalls noch von weiteren involvierten Stellen (Atwal et al., 2011). Der Einbezug von Angehörigen bei Menschen nach einem Schlaganfall wird wiederholt positiv hervorgehoben (Holmqvist et al., 2009; Whitehead et al., 2014), weshalb die Verfasserinnen dies befürworten.

Eine Entlastung der stationären Versorgung bieten gut aufgegleiste ambulante Nachbetreuungen (Godfrey et al., 2019; Whitehead et al., 2014). Dabei sehen die Verfasserinnen bei einem akuten Zeit- und Ressourcenmangel die Möglichkeit, den Hausbesuch an die ambulante Nachbetreuung zu delegieren. Laut Davis und Mc Clure (2019) ist zudem der frühe Einbezug von Fachstellen sinnvoll, um die Nachhaltigkeit des Austritts zu verbessern. Die Patientenorganisation Fragile Suisse, für Menschen mit einer Hirnverletzung und deren Angehörigen, ist auf eine umfassende Beratung spezialisiert (Fragile Suisse, o. J.-b). Denn durch den frühen Einbezug bereits während der stationären Rehabilitation könnten Organisationen wie die Fragile Suisse eine wichtige Rolle bei der Informationsvermittlung und der Koordination des Austritts übernehmen, um die Betroffenen beim Übergang nach Hause optimal zu begleiten. In der Nordwestschweiz zielt das im Kapitel 1 erwähnte Pilotprojekt *Lotse* darauf ab, dies in die Praxis umzusetzen (Fragile Suisse, o. J.-a) und könnte in Zukunft schweizweit ausgebaut für eine Verbesserung sorgen.

6 Schlussfolgerung

Das Professionelle Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Hausbesuche während der stationären Schlaganfallversorgung wird hauptsächlich vom Pragmatischen, Konditionalen, Interaktiven, Scientific und Ethischen

Reasoning beeinflusst. Den pragmatischen Faktoren wie Zeitmangel, Personal-
knappheit und dem hohen administrativen Aufwand stehen im Konditionalen, Interak-
tiven und Scientific Reasoning Vorteile, wie die Erhebung der Betätigungsperformanz
im individuellen Umfeld und das Eingehen auf die neuerworbenen Einschränkungen
gegenüber. Daher wird empfohlen, die eigene Praxis sorgfältig zu reflektieren und im
Ethischen Reasoning bewusste Entscheidungen unter Einbezug aller Denkweisen zu
treffen. Die Verfasserinnen sehen die klientenzentrierte Praxis in Gefahr, da der Ein-
bezug aller relevanten Denkweisen insbesondere für unerfahrene Ergotherapeutin-
nen und Ergotherapeuten eine grosse Herausforderung darstellt. Um der klienten-
zentrierten Praxis besser gerecht zu werden, sollten unerfahrene Ergotherapeutinnen
und Ergotherapeuten sorgfältig geschult sowie die Klientinnen und Klienten besser
informiert und in den Entscheidungsprozess eingebunden werden. Zudem könnten
pragmatische Faktoren mittels eines standardisierten Instruments, alternativen oder
ergänzenden Methoden zum Hausbesuch, einer Sensibilisierung im interprofessio-
nellen Team und dem frühen Einbezug von Fachstellen zur Nachbetreuung reduziert
werden.

6.1 Weiterführende Fragen

Nach dem Wissen der Verfasserinnen fehlt aktuelle Literatur zur Sichtweise der Kli-
entinnen und Klienten sowie deren Angehörigen, wie sie den Hausbesuch in Bezug
zur Verbesserung des Austritts wahrnehmen. Diese Sichtweise könnte sowohl wei-
tere Argumente als auch Aufschluss über die Klientenzentrierung und den Nutzen
von Hausbesuchen während der stationären Versorgung bieten. Zudem fehlen, wie
bereits im Unterkapitel 1.2 genannt, valide Studien zur Effektivität der Hausbesuche
hinsichtlich eines verbesserten Austritts, damit mit klaren Handlungsempfehlungen
die Durchführung weiter gerechtfertigt werden kann. In den Studien wurde mehrmals
der Wunsch nach einem standardisierten Instrument zur Entscheidung und Durch-
führung von Hausbesuchen geäußert. Aufgrund dessen sehen die Verfasserinnen
die Entwicklung und Validierung eines solchen als weiteren Bedarf der Forschung.
Des Weiteren werden in der Literatur vermehrt digitale Alternativen (Read et al.,
2020), Zugangsbesuche (Atwal et al., 2014) sowie Informationen durch Angehörige
mittels Messungen und Fotos (Bishop & Brott, 2020) als Ersatz des in dieser Arbeit
thematisierten Hausbesuches diskutiert. Jedoch bleibt fragwürdig, ob sich diese

Alternativen für Betroffene nach einem Schlaganfall eignen, insbesondere bei kognitiven Einschränkungen (Threapleton et al., 2017). Im Allgemeinen ist die Menge der spezifischen Literatur zu Hausbesuchen bei der stationären Schlaganfallversorgung gering. Daher würde weitere Forschung in diesem Fachgebiet Einschränkungen aus dem Übertrag von allgemeiner Literatur verringern und einen vertieften Einblick in den Nutzen von Hausbesuchen in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse dieses Klientel bieten.

6.2 Limitationen

Die Verfasserinnen sind sich einigen Limitationen dieser Arbeit bewusst. Trotz einer sorgfältigen Datenbankrecherche, kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Treffer zur Bearbeitung der Fragestellung gefunden wurden. Insbesondere solche, die sich auf einer nicht durchsuchten Datenbank befinden. Zudem ist aufgrund des vorgegebenen Umfangs dieser Arbeit eine vertiefte Auseinandersetzung mit allen erwähnten Aspekten nicht möglich, weshalb kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

Bei der Würdigung und Bearbeitung der Literatur können aufgrund der Übersetzungsleistung vom Englischen ins Deutsche Fehlinterpretationen vorkommen. Ausserdem wurde die Würdigung der Gütekriterien anhand des Wissensstands der Verfasserinnen auf Niveau des 6. Semesters im Bachelorstudiengang an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) vorgenommen.

Alle Studien weisen Mängel in der Methodik auf, welche das kritische Betrachten der Ergebnisse erfordern. Drei der fünf Studien beziehen sich nicht spezifisch auf die Schlaganfallversorgung, was die Übertragbarkeit auf dieses Klientel begrenzt. Des Weiteren erfassen zwei der fünf Studien die Daten mittels Fragebogen, was die Interpretation und die Qualität der Aussagen bezüglich Wahrnehmung und Begründung beeinträchtigt. Obwohl Studien mit einem ähnlichen soziodemografischen Hintergrund gewählt wurden, bestehen Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitssysteme zwischen diesen Staaten und der Schweiz. Somit ist die Übertragbarkeit in den Schweizer Kontext nur eingeschränkt möglich.

Die Argumente waren teilweise nicht eindeutig in die Denkweisen und ins EMPR zuteilbar. In diesen Fällen wurde die Zuteilung unter den Verfasserinnen diskutiert und möglichst anhand der Beschreibung von Feiler (2019) vorgenommen. Jedoch ist die

Zuteilung subjektiv zu sehen und andere Varianten wären ebenfalls möglich. Im Allgemeinen können aber auch die Werte, Erfahrungen und Ansichten der Verfasserinnen die Interpretation der Ergebnisse beeinflusst haben.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Abrahamson, V., Jensen, J., Springett, K., & Sakel, M. (2017). Experiences of patients with traumatic brain injury and their carers during transition from in-patient rehabilitation to the community: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 39(17), 1683–1694. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.121175>
- Albert, R., & Marx, N. (2010). *Empirisches Arbeiten in Linguistik und Sprachlehrforschung: Anleitung zu quantitativen Studien von der Planungsphase bis zum Forschungsbericht* (1. Aufl.). Gunter Narr Verlag.
- Atwal, A., Luke, A., & Plastow, N. (2011). Evaluation of occupational therapy pre-discharge home visit information leaflets for older adults. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(8), 383–386. <https://doi.org/10.4276/030802211X13125646370889>
- Atwal, A., McIntyre, A., Craik, C., & Hunt, J. (2008). Older adults and carers' perceptions of pre-discharge occupational therapy home visits in acute care. *Age and Ageing*, 37(1), 72–76. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm137>
- Atwal, A., Spiliotopoulou, G., Plastow, N., McIntyre, A., & McKay, E. A. (2012). Older Adults' Experiences of Occupational Therapy Predischarge Home Visits: A Systematic Thematic Synthesis of Qualitative Research. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 118–127. <https://doi.org/10.4276/030802212X13311219571701>
- Atwal, A., Spiliotopoulou, G., Stradden, J., Fellows, V., Anako, E., Robinson, L., & McIntyre, A. (2014). Factors influencing occupational therapy home visit

- practice: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 40–47. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.821162>
- Benesch, M., & Steiner, E. (2013). *Klinische Studien lesen und verstehen* (1. Aufl.). facultas. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838539829>
- Bishop, A., & Brott, T. (2020). Digital Age of Occupational Therapy Home Visits. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 14–18. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.540132589459154>
- Boonstra, A. M., Wijbrandi, W., & Spikman, J. M. (2005). Domiciliary therapy during inpatient rehabilitation treatment for patients with an acquired brain injury: A preliminary study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/00004356-200509000-00003>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cameron, J., Bastawrous, M., Marsella, A., Forde, S., Smale, L., Friedland, J., Richardson, D., & Naglie, G. (2014). Stroke survivors, caregivers and health care professionals perspectives on the weekend pass to facilitate transition home. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(9), 858–863. <https://doi.org/10.2340/16501977-1854>
- Chibnall, C. (2011). Are home assessments beneficial in discharge planning following a stroke? A viewpoint. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(2), 129–131. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00898.x>
- Clark, V. L. P. (2008). *The Mixed Methods Reader*. Sage Publications.

- Clarke, P., & Gladman, J. (1995). A survey of predischARGE occupational therapy home assessment visits for stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 9(4), 339–342. <https://doi.org/10.1177/026921559500900410>
- Clemson, L., Donaldson, A., Hill, K., & Day, L. (2014). Implementing person-environment approaches to prevent falls: A qualitative inquiry in applying the Westmead approach to occupational therapy home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(5), 325–334. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12132>
- Connolly, T., & Mahoney, E. (2018). Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3979–3987. <https://doi.org/10.1111/jocn.14563>
- Davis, A. J., & Mc Clure, P. (2019). An exploratory study of discharge planning home visits within an Irish context—Investigating nationwide practice and nationwide perspectives. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 47(2), 95–113. <https://doi.org/10.1108/IJOT-10-2018-0015>
- Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C., & Sprigg, N. (2012). Occupational Therapy PredischARGE Home Visits for Patients with a Stroke: What is National Practice? *British Journal of Occupational Therapy*, 75(9), 396–402. <https://doi.org/10.4276/030802212X13470263980711>
- Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Sprigg, N., Sampson, C., Edwards, C., & Lincoln, N. (2013). Occupational therapy predischARGE home visits for patients with a stroke (HOVIS): Results of a feasibility randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(5), 387–397. <https://doi.org/10.1177/0269215512462145>
- Duden. (o. J.-a). *ökologisch—Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/oekologisch>

Duden. (o. J.-b). *Phänomen—Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft.*

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Phaenomen>

Duden. (o. J.-c). *Virtual Reality—Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft.*

[https://www.duden.de/rechtschreibung/Virtual Reality](https://www.duden.de/rechtschreibung/Virtual%20Reality)

Durham, D. P. (1993). Occupational and Physical Therapists' Perspective of the Perceived Benefits of a Therapeutic Home Visit Program. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 10(3), 15–33.

https://doi.org/10.1080/J148v10n03_02

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS). (2011). *Der Berufskodex des EVS.*

<https://www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/ethik/>

Feiler, M. (2019). *Professionelles und klinisches Reasoning in der Ergotherapie.*

Georg Thieme Verlag KG.

Fragile Suisse. (o. J.-a). *Projekt Lotse.* [https://www.fragile.ch/ueber-fragile-](https://www.fragile.ch/ueber-fragile-suisse/projekte/projekt-lotse/)

[suisse/projekte/projekt-lotse/](https://www.fragile.ch/ueber-fragile-suisse/projekte/projekt-lotse/)

Fragile Suisse. (o. J.-b). *Therapie und Rehabilitation.* <https://www.fragile.ch/therapie/>

Fragile Suisse. (o. J.-c). *Wer ist FRAGILE Suisse?* <https://www.fragile.ch/ueber-fragile-suisse/>

Frommelt, P., & Lösslein, H. (2010). *Neurorehabilitation: Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams.* Springer.

Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(44), 1524–1529.

<https://doi.org/10.4414/saez.2018.17276>

Godfrey, M., Cornwell, P., Eames, S., Hodson, T., Thomas, T., & Gillen, A. (2019).

Pre-discharge home visits: A qualitative exploration of the experience of

- occupational therapists and multidisciplinary stakeholders. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(3), 249–257. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12561>
- Gräsel, E., Schmidt, R., Biehler, J., & Schupp, W. (2006). Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 577–583. <https://doi.org/10.1191/0269215506cr978oa>
- Hacke, W. (Hrsg.). (2016). *Neurologie* (14. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-46892-0>
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S., & Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3. Aufl.). BH/Elsevier.
- Holmqvist, K., Kamwendo, K., & Ivarsson, A.-B. (2009). Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 13–24. <https://doi.org/10.1080/11038120802123520>
- Jeffery, H., Robertson, L., & Reay, K. L. (2021). Sources of evidence for professional decision-making in novice occupational therapy practitioners: Clinicians' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(6), 346–354. <https://doi.org/10.1177/0308022620941390>
- Johnson, A., Sandford, J., & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(4). 1-15. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003716>

- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189X033007014>
- Kirchner-Heklau, U., Krause, K., & Saal, S. (2021). Effects, barriers and facilitators in pre-discharge home assessments to improve the transition of care from the in-patient care to home in adult patients: An integrative review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 540. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06386-4>
- Kylén, M., Von Koch, L., Pessah-Rasmussen, H., Marcheschi, E., Ytterberg, C., Heylighen, A., & Elf, M. (2019). The Importance of the Built Environment in Person-Centred Rehabilitation at Home: Study Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 1-15. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16132409>
- Lannin, N. A., Clemson, L., Drummond, A., Stanley, M., Churilov, L., Laver, K., O’Keefe, S., Cameron, I., Crotty, M., Usherwood, T., Andrew, N. E., Jolliffe, L., & Cadilhac, D. A. (2021). Effect of occupational therapy home visit discharge planning on participation after stroke: Protocol for the HOME Rehab trial. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044573>
- Lannin, N. A., Clemson, L., & McCluskey, A. (2011). Survey of current pre-discharge home visiting practices of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 172–177. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00911.x>
- Lannin, N. A., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, C.-W. C., Cameron, I. D., & Barras, S. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge

- occupational therapy home visits. *BMC Health Services Research*, 7(1), 42.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-42>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. McMaster University.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form—Qualitative Studies (Version 2.0)*. McMaster University.
- Liebel, D. V., Powers, B. A., Friedman, B., & Watson, N. M. (2012). Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: A content analysis of a nurse home visit intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 80–93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05717.x>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2018). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (9. Aufl., Bd. 5). Elsevier.
- Lockwood, K. J., Taylor, N. F., & Harding, K. E. (2015). Pre-discharge home assessment visits in assisting patients' return to community living: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(4), 289–299.
<http://dx.doi.org/10.2340/16501977-1942>
- Ludwig, M. (2020). *Facharztwissen Angiologie: Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58451-4>
- Mader, F. M., & Schwenke, R. (2020). *Schlaganfall: S3-Leitlinie*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-011l_S3_Schlaganfall_2021-03.pdf

- McMillan, A., Bear, G., Beattie, A., Carson, A., Edwards, M., Evans, J., Harrison, A., Hogg, S., Holden, R., Jack, R., Mayer, V., McCann, G., McLaren, G., McLean, D., McPherson, J., Nairn, M., Smith, L., Sprott, A., Strachan, D., ... Williams, J. (2013). *Brain injury rehabilitation in adults: A national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/130/index.html>
- Meyer, K., Simmet, A., Arnold, M., Mattle, H., & Nedeltchev, K. (2009). Stroke events, and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Medical Weekly*, 139(5–6), 65–69. https://www.fragile.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/01_Leben_mit_HV/2009_SwissMedicalWeekly_Meyer_EpidemiologyCH.pdf
- Miller, K. K., Lin, S. H., & Neville, M. (2019). From Hospital to Home to Participation: A Position Paper on Transition Planning Poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(6), 1162–1175. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.10.017>
- Mitchell, R., & Unsworth, C. A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2004.00372.x>
- Mitchell, R., & Unsworth, C. A. (2005). Clinical Reasoning during Community Health Home Visits: Expert and Novice Differences. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(5), 215–223. <https://doi.org/10.1177/030802260506800505>
- Nolte, C. H., & Endres, M. (2012). Akutversorgung des ischämischen Schlaganfalls. *Internist*, 53, 585–594. <https://doi.org/10.1007/s00108-011-3003-4>

- Nordhausen, T., & Hirt, J. (2020). *Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Version 5.0* (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & OST (ehemals FHS St. Gallen), Hrsg.). RefHunter. <https://refhunter.eu/manual/>
- Nygaard, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: Are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 193–203.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00270.x>
- Preston, J., Haslam, S., & Lamont, L. (2012). What Do People with Multiple Sclerosis Want from an Occupational Therapy Service? *British Journal of Occupational Therapy*, 75(6), 264–270.
<https://doi.org/10.4276/030802212X13383757345102>
- Read, J., Jones, N., Fegan, C., Cudd, P., Simpson, E., Mazumdar, S., & Ciravegna, F. (2020). Remote Home Visit: Exploring the feasibility, acceptability and potential benefits of using digital technology to undertake occupational therapy home assessments. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(10), 648–658. <https://doi.org/10.1177/0308022620921111>
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Schell, B. A. B., & Schell, J. W. (2018). *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy* (2. Aufl.). Wolters Kluwer.
- Sexton, D. (2013). „As good as it’s going to get“. Bad news conversations in neurology: Challenges for occupational therapists. *British Journal of Occupational*

Therapy, 76(6), 270–279.

<https://doi.org/10.4276/030802213X13706169932860>

Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Juventa Verlag.

Threapleton, K., Newberry, K., Sutton, G., Worthington, E., & Drummond, A. (2017).

Virtually home: Exploring the potential of virtual reality to support patient discharge after stroke. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(2), 99–107.

<https://doi.org/10.1177/0308022616657111>

Unsworth, C. A. (2004). Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning,

Worldview and Client-Centredness Fit? *British Journal of Occupational*

Therapy, 67(1), 10–19. <https://doi.org/10.1177/030802260406700103>

VKL Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Stand 1.

Januar 2009). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/418/de>

Welch, A., & Lowes, S. (2005). Home Assessment Visits within the Acute Setting: A

Discussion and Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy*,

68(4), 158–164. <https://doi.org/10.1177/030802260506800403>

Wells, A., & Tolhurst, E. (2021). In-hours acute home visits by advanced nurse practi-

tioners in primary care: A qualitative study. *British Journal of Nursing*, 30(13),

788–792. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.13.788>

Whitehead, P. (2013). *What are the characteristics of patients with a stroke who are believed to need a pre-discharge home visit by occupational therapists?*

[MPhil Thesis, University of Nottingham]. Nottingham eTheses.

<http://eprints.nottingham.ac.uk/13138/>

Whitehead, P., Fellows, K., Sprigg, N., Walker, M., & Drummond, A. (2014). Who should have a pre-discharge home assessment visit after a stroke? A qualitative study of occupational therapists' views. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(8), 384–391.

<https://doi.org/10.4276/030802214X14071472109752>

Wilson, L., Atwal, A., Richards, C., & McIntyre, A. (2012). Do occupational therapy pre-discharge home visits affect the longer term outcomes of the discharge process? *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(6), 335–342.

<https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.6.335>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Selektionsprozess (eigene Darstellung)..... 20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Keywords und Schlagwörter..... 16

Tabelle 2 Ein-/ Ausschlusskriterien 17

Tabelle 3 Gütekriterien der qualitativen Forschung (Letts et al., 2007)..... 21

Tabelle 4 Relevante Ergebnisse der Studie 1 23

Tabelle 5 Qualitative Gütekriterien der Studie 1..... 25

Tabelle 6 Relevante Ergebnisse der Studie 2 26

Tabelle 7 Qualitative Gütekriterien der Studie 2..... 28

Tabelle 8 Relevante Ergebnisse der Studie 3 30

Tabelle 9 Relevante Ergebnisse der Studie 4 33

Tabelle 10 Qualitative Gütekriterien der Studie 4..... 35

Tabelle 11 Relevante Ergebnisse der Studie 5 36

Tabelle 12 Qualitative Gütekriterien der Studie 5..... 38

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Definition
AK	Ausschlusskriterium
EMPR	Ecological Model of Professional Reasoning (ökologisches Modell des Professionellen Reasoning)
HOVIS	Home visit after stroke

MESH	Medical Subject Headings (Schlagwörter in Fachdatenbanken)
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Wortzahl

Bachelorarbeit: 11'364

Abstract: 197

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Personen, die uns während der Themenfindung sowie dem Schreiben unserer Bachelorarbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank gilt unserer Betreuungsperson der ZHAW, Frau Daniela Senn, die uns während des ganzen Prozesses unterstützend und beratend begleitete. Wir haben die konstruktiven Inputs und den wertvollen fachlichen Austausch sehr geschätzt.

Weiter bedanken wir uns herzlich bei unserer Bezugsperson von Fragile Suisse für die inspirierenden und anregenden Gespräche und die wertvolle Unterstützung.

Frau S. danken wir für das Korrekturlesen der Bachelorarbeit. Ein grosses Dankeschön geht an unsere Mitstudierenden, S. und L., für das konstruktive Peerfeedback.

Unseren Familien und Freunden danken wir für die Unterstützung und das Entgegenbringen von Verständnis in dieser intensiven Zeit.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Winterthur, 6. Mai 2022

Rahel Schmidiger

Isabel Steiner

Anhang

Anhang A: Glossar

Begriff	Bedeutung
Anosognosie	So nennt man in Fachsprache das Nichterkennen eines krankhaften Zustandes, vielfach auch als Unawareness bekannt. Dabei handelt es sich um eine neuropsychologische Störung (Hacke, 2016).
Bias Non-response-Bias	Ein Bias ist ein systematischer Fehler, welcher im Prozess der Datengenerierung entsteht (Ritschl et al., 2016). Der Non-response-Bias beschreibt den Umstand, dass Menschen mit bestimmten Merkmalen häufiger an einer Studienbefragung teilnehmen. Dies birgt die Gefahr, dass die Studienergebnisse dementsprechend in eine Richtung gelenkt werden (Ritschl et al., 2016).
Deskriptiv	«den Inhalt beschreibend» (Ritschl et al., 2016, S. 80)
EMED-Design	Das EMED-Design wird als Struktur zum vereinfachten Lesen von wissenschaftlichen Artikeln verwendet. Das Wort EMED bedeutet konkret Einleitung, Methodik, Ergebnis und Diskussion (Benesch & Steiner, 2013).
Empirische Verankerung	Gemäss Steinke (1999) setzt empirische Verankerung voraus, dass die Bildung und Überprüfung von Theorien und Hypothesen in den Daten begründet sind. Subjektive Interpretation sind wegzulassen. Ein Beispiel dafür sei die Belegung einer Aussage durch ein Zitat.
Explorativ	Explorativ heisst so viel wie erforschend, auskundschaftend. In einem explorative Design wird ein Überblick zu einem Untersuchungsgegenstand in einem bestimmten Kontext erforscht (Albert & Marx, 2010).
Induktiv	Eine induktive Theorienbildung setzt beim Einzelfall/Individuums an und leitet Aussagen für die Allgemeinheit daraus ab. Das Ziel ist das Gewinnen von Erkenntnissen und Bilden von Theorien (Ritschl et al., 2016).
Inhaltsanalyse	Die Inhaltsanalyse zielt darauf ab, das generierte Datenmaterial «systematisch, regelgeleitet und theoriegeleitet» zu analysieren. Diese wird genutzt, um wichtige Inhalte aus grossen Datenmengen herauszuziehen (Ritschl et al., 2016, S. 93).
Member-Checking	Member-Checking bedeutet, dass Teilnehmende ihre wiedergegebenen Daten während der Datenanalyse nochmals kontrollieren, um allfällige Falschinterpretationen zu verhindern (Letts et al., 2007).
Mixed Method Design	Gemäss Johnson und Onwuegbuzie (2004) kombiniert das Mixed Method Design quantitative und qualitative Forschungsansätze innerhalb einer Studie.
Ökologisch	«die Wechselbeziehungen zwischen den Lebewesen und ihrer Umwelt betreffend» (Duden, o. J.-a)
Peer-Review	Methode, um die Bestätigbarkeit einer Studie zu erhöhen. Forscherinnen und Forscher prüfen dabei die Vorgehensweise der gesamten Datenerhebung und -auswertung ihrer Kolleginnen und Kollegen (Letts et al., 2007).
Phänomen Phänomenologisches Design	Ein Phänomen ist «etwas, was sich beobachten, wahrnehmen lässt» (Duden, o. J.-b).

	Das Phänomenologische Design versucht die individuelle Erfahrung der Menschen, die ein gewisses Phänomen erleben zu verstehen, zu strukturieren und so zu einem geteilten Gesamtbild zu erfassen (Lo-Biondo-Wood & Haber, 2018).
Sampling	Das Sampling beschreibt den Prozess der Stichprobenauswahl (Ritschl et al., 2016).
(Untersucher)-Triangulation Triangulationsdesign	Als Triangulation werden verschiedene Strategien von Forscherinnen und Forschern benannt, welche darauf abzielen, systematische Verzerrungen zu verringern. Es gibt verschiedene Arten von Triangulationen. Die Untersuchertriangulation hinterfragt, wie viele Forschende bei der Datensammlung und -analyse beteiligt waren (Letts et al., 2007). Das Triangulationsdesign wird bei Mixed Methods Studien angewendet, indem qualitative und quantitative Daten zum gleichen Zeitpunkt erhoben und in die Auswertung einfließen. Durch das Triangulationsdesign entsteht ein umfassenderes Bild über das untersuchte Phänomen (Clark, 2008).
Virtual Reality	«[von Computern erzeugte] virtuelle Realität» (Duden, o. J.-c)
Zugangsbesuche	Der Zugangsbesuch findet ohne Klientinnen oder Klienten statt. Dieser dient ausschliesslich dazu, die Umwelt von Betroffenen zu analysieren und an deren Bedürfnisse anzupassen (Atwal et al., 2014).

Anhang B: Platzhalter EMPR Modell (unveröffentlicht)

Anhang C: Rechercheprotokoll

Fragestellung:

Inwiefern leitet das Professionelle Reasoning Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei Hausbesuchen vor Austritt nach Hause während der stationären Schlaganfallversorgung?

Keywords

Keywords		Schlagwörter
Suchkomponente	Synonyme & verwandte Begriffe	
Hausbesuch/ home visit	house call, predischarge home visit, on-site home visit, discharge planning	House Calls (MEDLINE), Home Visits (CINAHL)
Schlaganfall/ stroke	poststroke, cerebro vascular accident (cva), cerebro vascular insult (cvi), ischemic stroke, hemorrhagic stroke, Brain injury	Stroke (CINAHL, MEDLINE), Ischemic Stroke (CINAHL, MEDLINE) Hemorrhagic Stroke (CINAHL, MEDLINE), Stroke Patients (CINAHL)
Erleben/ experience	perceive, perception, qualitative, view, narrative, phenomenological, attitude, perspective, reasoning, reason, decision	Qualitative Studies (CINAHL), Qualitative Research (MEDLINE)
Ergotherapie/ occupational therapy	occupational therapist, therapy, stakeholder, healthcare professional	Occupational Therapy (CINAHL, MEDLINE)
Austritt/ discharge	discharge planning, transfer, transition, transitional care	Patient Discharge (MEDLINE) "Transfer, Discharge" (CINAHL), Discharge Planning (CINAHL)
Stationär/ inpatient	stroke rehabilitation, inpatient rehabilitation, acute	Inpatients (MEDLINE) Stroke Rehabilitation (MEDLINE)

Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Studiendesign	Primärliteratur: qualitative Studien, Mixed Methods Design und quantitative Studien Sekundärliteratur: Reviews Aufbau nach EMED-Design Studie soll Reasoning beinhalten	Dissertationen, Studien zur Effektivität von ergotherapeutischen Hausbesuchen Studien welche das Reasoning nicht untersuchen
Intervention	Hausbesuch vor Ort mit Betroffenen	Digitale Versionen des Hausbesuches
Population	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Arbeit mit erwachsenen Personen (älter als 18 Jahre) nach einem Schlaganfall oder einer	Kinder und Jugendliche, muskuloskelettale Diagnosen, Querschnittlähmung, neurodegenerative Erkrankungen, Austritt in ein Heim oder in eine andere Einrichtung

	anderen Hirnverletzung, Austritt nach Hause	
Setting	Stationär (Rehabilitation oder Akut-setting)	Ambulante Therapie, Intensivstation
Erscheinungsjahr	2012 – 2022	Älter als 2012
Sprache /Region	Deutsch, Englisch industrialisierte Nationen mit ähnlichem soziodemografischem Hintergrund wie die Schweiz	Studien aus Entwicklungsländern

Rechercheprinzip

sensitiv

spezifisch

Fachdatenbanken

Bezeichnung	Professionen	Inhalt	Begründung
AMED – Allied and Complementary Medicine	Ergotherapie, Pflege, Physiotherapie	Literaturhinweise	Schwerpunkt Europa, explizite Abdeckung von Ergotherapie
CINAHL Complete	Ergotherapie, Pflege, Physiotherapie, Public Health, Hebammen	Literaturhinweise, teilweise Volltexte	Breites Themenspektrum in diversen Bereichen des Gesundheitswesens, Vertrautheit der Verfasserinnen
LIVIVO	Ergotherapie, Hebammen, Klinische Medizin, Pflege, Physiotherapie, Public Health	Literaturhinweise	Breites Themenspektrum im Gesundheitswesen, beinhaltet auch viel Literatur aus Europa und der Schweiz
MEDLINE	Ergotherapie, Hebammen, Klinische Medizin, Pflege, Physiotherapie, Public Health	Literaturhinweise, teilweise Volltexte	Breites Themenspektrum im Gesundheitswesen, Vertrautheit der Verfasserinnen Verschiedene Zugänge decken unterschiedliche Jahre ab, sollten jedoch die gleichen Resultate anzeigen
OTDBASE	Ergotherapie	Literaturhinweise	Ergotherapie spezifische Literatur

Begründungskriterien zur Wahl:

- Abdeckung des gesuchten Forschungsdesigns

- breites Themenspektrum
- Beinhaltung von Literatur aus dem medizinisch-therapeutischen und ergotherapeutischen Bereich
- Zugänglichkeit
- Such- und Publikationssprache
- Vertrautheit der Autorinnen im Umgang mit den verschiedenen Datenbanken
- Überschneidende Datenbanken wie Pubmed werden ausgeschlossen (wird durch Medline abgedeckt)

Suchstrings

Nr.	Suchstring	Kommentar/Bewertung
1	(MH "Home Visits") AND (MH "Stroke") AND (MH "qualitative Studies") OR (perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND inpatient rehabilitation OR discharge planning	Nur für CINAHL ➔ Keine Treffer, zu viele Komponenten und zu viele Schlagwörter
2	(MH "Home Visits") AND (stroke OR cere-bro vascular accident OR cva) AND (MH "qualitative Studies") OR (perce* OR expe-rience) AND "occupational therap*" AND inpatient rehabilitation OR discharge planning	Nur für CINAHL
3	(MH "House Calls") AND (MH "Stroke") AND (MH "qualitative Research") OR (perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND inpatient rehabilitation OR discharge planning	Nur für MEDLINE ➔ Keine Treffer, zu viele Komponenten und zu viele Schlagwörter
4	(MH "House Calls") AND (stroke OR cerebro vascular accident OR cva) AND (MH "qualitative Research") OR (perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND inpatient rehabilitation OR discharge planning	Nur für MEDLINE ➔ Keine Treffer, zu viele Komponenten und zu viele Schlagwörter
5	(MH "Stroke") AND "occupational therap*" AND (inpa-tient rehabilitation OR discharge planning) AND ("home visit*" OR "house call")	
6	stroke AND (occupational therapy) AND ("home visit*" OR "House call*") AND (inpatient rehabilitation OR dis-charge planning)	
7	("home visit" OR "house call") AND (stroke OR cerebro vascular accident OR cva) AND (qualitative OR perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	Alle Datenbanken ohne Schlagwörter
8	("home visit" OR "house call") AND (stroke OR "brain injury") AND (experience OR perspective or perce* or qualitative)	ohne MESH Terms, mit Brain injury, ohne ET ➔ In keiner Datenbank viele und passende Treffer

9	("home visit" OR "house call") AND (experience OR perspective OR perception OR qualitative OR view)	Ohne Krankheitsbild, ohne Setting, ohne ET → Zu viele Treffer, deshalb weiter eingegrenzt mit Setting und NOT pediatric OR palliative
10	AB ("home visit*" OR "house call*") AND (qualitative OR interview OR perspective OR view) AND AB (in-patient OR acute) NOT (child or pediatric or children) NOT palliative	Gute Trefferquoten
11	("home visit*" or "House call") AND (experience or perspective or perce* or qualitative) AND (inpatient or rehabilitation or discharge)	Ohne Krankheitsbild, mit Setting ohne ET
12	Home visit (Abstract)	Für die Suche in OTDBase ohne Kombinationen
13	House Call (Abstract)	Für die Suche in OTDBase ohne Kombinationen
14	(home assessment OR home visit) AND (inpatient or acute OR rehabilitation) AND (experience or perception or view or interview Or perspective) AND (stroke or "brain injury")	
15	("home visit*" OR "house call*" AND (qualitative OR interview OR perspective OR view) AND (healthcare professionals OR Occupational Therap* OR Physio Therap* OR Nurse OR Inter-professional) AND (stroke OR "brain injury")	Interprofessionelle Suche ohne spezifisch Ergotherapie
16	("home visit*" OR "house call*") AND (reason* OR decision*) AND occupational therap*	Suchstring mit Reasoning -> erst nach erster Auswertung hinzugekommen

Suchprotokoll

Datum	Suchstring Nr.	Suchkombinationen /Eingrenzungen	Datenbank	Anzahl Treffer /Bewertung	Gewählte Referenzen (Studien werden nach erstmaligem Aufführen nicht wiederholt)
22.12.2021	2	(MH "Home Visits") AND (stroke OR cerebro vascular accident OR cva) AND (MH "qualitative Studies") OR (perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	CINAHL	0	
23.12.2021	1	(MH "Home Visits") AND (MH "Stroke") AND (MH "Qualitative Studies" OR perce* OR experience) AND "occupational therap*" AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	CINAHL	0	
23.12.2021	5	(MH "Stroke") AND "occupational therap*" AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning) AND ("home visit*" OR "house call")	CINAHL	9	(Whitehead, 2013) (Drummond et al., 2012) (Clarke & Gladman, 1995)
			MEDLINE via Pro-Quest	3	(Lannin et al., 2021)
			AMED	0	
			LIVIVO	354	
23.12.2021	6	stroke AND (occupational therapy) AND ("home visit*" OR "House call*") AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	MEDLINE via ProQuest	6	(Kirchner-Heklau et al., 2021)
			CINAHL	7	
			AMED	5	
			LIVIVO	3	
23.12.2021	12	Home visit (Abstract)	OTDbase (suche nur mit einzelnen Keywords möglich)	39	(Godfrey et al., 2019) (Clemson et al., 2014) (Atwal et al., 2014) (Sexton, 2013) (Mitchell & Unsworth, 2004)

23.12.2021	13	House call (Abstract)	OTDbase (suche nur mit einzelnen Keywords möglich)	1	
26.12.2021	8	("home visit" OR "house call") AND (stroke or "brain injury") AND (experience OR perspective OR perce* OR qualitative)	CINAHL	16	
			AMED	1	
			LIVIVO	0	
			Medline via ProQuest	22	
26.12.2021	9	("home visit" OR "house call") AND (experience OR perspective OR perception OR qualitative OR view)	CINAHL	633	
26.12.2021	10	AB ("home visit*" OR "house call*") AND (qualitative OR interview OR perspective OR view) AND AB (inpatient OR acute) NOT (child or pediatric or children) NOT palliative	CINAHL	65	(Wells & Tolhurst, 2021) (Davis & Mc Clure, 2019) (Nygard et al., 2004) (Liebel et al., 2012)
			Medline via ProQuest	81	(Atwal et al., 2008) (Kylén et al., 2019)
			AMED	4	
			LIVIVO	0	
			CINAHL	49	(Whitehead et al., 2014) (Durham, 1993) (Boonstra et al., 2005)
26.12.2021	14	(home assessment OR home visit) AND (inpatient or acute OR rehabilitation) AND (experience or perception or view or interview Or perspective) AND (stroke or "brain injury")	AMED	3	
			LIVIVO	0	
			Medline via Pro Quest	805	
			Medline via Pro Quest	0	
27.12.2021	3	(MH "House Calls") AND (MH "Stroke") AND (MH "qualitative Research") OR (perce* OR experience) AND	Medline via Pro Quest	0	

		“occupational therap*” AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)		
27.12.2021	4	(MH "House Calls") AND (stroke OR cerebro vascular accident OR cva) AND (MH “qualitative Research”) OR (perce* OR experience) AND “occupational therap*” AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	Medline via Pro Quest	0
27.12.2021	7	(“home visit” OR “house call”) AND (stroke OR cerebro vascular accident OR cva) AND (qualitative OR perce* OR experience) AND “occupational therap*” AND (inpatient rehabilitation OR discharge planning)	CINAHL	0
			AMED	157
			LIVIVO	0
			Medline via ProQuest	1
27.12.2021	11	("home visit*" or "House call") AND (experience or perspective or perce* or qualitative) AND (inpatient or rehabilitation or discharge)	CINAHL	150
			AMED	34 (Preston et al., 2012)
			LIVIVO	168
			Medline via ProQuest	456
27.12.2021		Ähnliche Treffer (Kirchner-Heklau et al., 2021)	LIVIVO	4263387 (Gräsel et al., 2006)
27.12.2021	15	("home visit*" OR "house call*") AND (qualitative OR interview OR perspective OR view) AND (healthcare professionals OR Occupational Therap* OR Physio Therap* OR Nurse OR Interprofessional) AND (stroke OR "brain injury")	CINAHL	32
			AMED	0
			LIVIVO	0
			MEDLINE via ProQuest	29
28.12.2021		Ähnliche Treffer (Godfrey et al., 2019)	CINAHL	86'107 (Atwal et al., 2012) (Welch & Lowes, 2005) (Atwal et al., 2011) (Lannin et al., 2011)

29.12.2021	16	("home visit*" OR "house call*") AND (reason* OR decision*) AND occupational therap*	CINAHL	46	(Mitchell & Unsworth, 2005)
			AMED	16	
			LIVIVO	0	
			Medline via Pro Quest	27	
29.12.2021		Suche in Guidelines Suche nach Keywords "home visit", "house call", hausbesuch Durchsehen der Literaturliste	Schlaganfall: S3-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (Mader & Schwenke, 2020)	0	
			Brain injury rehabilitation in adults: A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (McMillan et al., 2013)	2	Nicht relevant
03.01.2022			Aus Studie (Godfrey et al., 2019) und (Davis & McClure, 2019)	1	(Chibnall, 2011)
03.01.2022					Summe ausgewählte Referenzen Total 26

Anhang D: Selektionsverfahren

Bewertung:

1: kein Ausschlusskriterium trifft zu

2: ein Ausschlusskriterium trifft zu

3: zwei oder mehr Ausschlusskriterien treffen zu

Studie	Bewertung	Ausschlusskriterium
(Atwal et al., 2011)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Intervention:</i> Hausbesuche nicht durchgeführt, sondern mit Prospekten darüber informiert <i>Population:</i> ältere Personen, keine Angaben zu Diagnosen
(Atwal et al., 2008)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Atwal et al., 2012)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zwar mit 2012 erfüllt, jedoch fasst der Review Studien aus den Jahren 1998, 2004 und 2008 zusammen – deshalb nicht gegeben <i>Population:</i> Sichtweise der ET's fehlt ältere Personen, keine Angaben zu Diagnosen
(Atwal et al., 2014)	2	<i>Population:</i> ältere Personen, keine Angaben zu Diagnosen
(Boonstra et al., 2005)	2	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt
(Chibnall, 2011)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Studiendesign:</i> kein EMED-Design
(Clarke & Gladman, 1995)	2	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt
(Clemson et al., 2014)	3	<i>Intervention:</i> nicht Hausbesuch im Zentrum: evidence-based home safety fall prevention <i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Davis & Mc Clure, 2019)	2	<i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Drummond et al., 2012)	1	
(Durham, 1993)	2	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt
(Godfrey et al., 2019)	2	<i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Gräsel et al., 2006)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Intervention:</i> Nicht nur Home Visits sondern intensivere oder andere Therapien im Fokus
(Kirchner-Heklau et al., 2021)	3	<i>Studiendesign:</i> grosser Teil zu Effektivität von Hausbesuchen, fragt nicht nach Reasoning <i>Population:</i> verschiedene Diagnosen, Stroke stellt nur kleinen Teil der Population dar, nicht explizit Sichtweise der ET's
(Kylén et al., 2019)	3	Erst ein Vorprotokoll, noch keine publizierte Studie
(Lannin et al., 2021)	3	Erst ein Vorprotokoll, noch keine publizierte Studie
(Lannin et al., 2011)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Studiendesign:</i> fragt nicht nach Gründen/Reasoning <i>Population:</i> nicht spezifisch Schlaganfall – Neurologie als Teil der Population
(Liebel et al., 2012)	3	<i>Intervention:</i> Pflegeintervention, Spitex

		<i>Setting:</i> Patienten leben Zuhause (ambulantes Setting) <i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Mitchell & Unsworth, 2004)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Setting:</i> ambulantes Setting <i>Population:</i> ältere Personen, keine Angaben Diagnosen
(Mitchell & Unsworth, 2005)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Setting:</i> ambulantes Setting <i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Nygard et al., 2004)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Population:</i> verschiedene Diagnosen, Hirnverletzung stellt nur kleinen Teil der Population dar
(Preston et al., 2012)	3	<i>Intervention:</i> nicht nur Home visits sondern Ergotherapie im allgemeinen <i>Population:</i> spezifisch auf MS-Patienten <i>Setting:</i> ambulantes Setting
(Sexton, 2013)	3	<i>Studiendesign:</i> fragt nicht nach Reasoning <i>Intervention:</i> Mitteilung schlechter Neuigkeiten, Home Visit nur kleiner Teil
(Welch & Lowes, 2005)	3	<i>Erscheinungsdatum:</i> zu alt <i>Population:</i> keine Angaben zu Diagnosen
(Wells & Tolhurst, 2021)	3	<i>Studiendesign:</i> fragt nicht nach Reasoning <i>Population:</i> Sicht von Advanced Nurse Practitioners als «Arztersatz, Spitex», keine Angaben zu Diagnosen <i>Setting:</i> ambulantes Setting
(Whitehead et al., 2014)	1	
(Whitehead, 2013)	2	<i>Studiendesign:</i> Masterthesis, sehr umfassend und lang (230 Seiten)

Auswertung der Bewertung

Studien mit Bewertung 3 werden sofort ausgeschlossen (17 Studien)

Studien mit Bewertung 1 werden direkt als Hauptstudien inkludiert:

(Whitehead et al., 2014) und **(Drummond et al., 2012)**

Studien mit Bewertung 2 werden nochmals geprüft (7 Studien)

- Ausschlusskriterium Erscheinungsdatum älter als 2012 wird als definitives Ausschlusskriterium definiert (3 Studien)
- Ausschlusskriterium Studiendesign Masterthesis wird als definitives Ausschlusskriterium definiert (1 Studie)
- Restliche Studien als Hauptstudien inkludiert: **(Atwal et al., 2014)**, **(Davis & Mc Clure, 2019)**, **(Godfrey et al., 2019)**

Anhang E: Formulare zur Beurteilung der Gütekriterien

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 1 nach Letts et al. (2007)

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkiens, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007

McMaster University

CITATION:

<p>Atwal, A., Spiliotopoulou, G., Stradden, J., Fellows, V., Anako, E., Robinson, L., & McIntyre, A. (2014). Factors influencing occupational therapy home visit practice: A qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>, 21(1), 40–47. https://doi.org/10.3109/11038128.2013.821162e</p>	
	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Zielsetzung (S. 41):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Die Wahrnehmung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten von Hausbesuchen erkunden und b) Das Clinical Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Bezug auf die Durchführung von Hausbesuchen ermitteln <p>Zweck (S.40): Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, dass mehr Wissen im Bereich der Austrittsplanung gewonnen wird. Zudem sollen Informationen zur Art und Weise von ergotherapeutischen Hausgesuchen gefunden werden. Die Ergebnisse sollen Aufschluss geben, ob Zugangsbesuche (ohne Patientinnen und Patienten) als Ersatz oder als Zusatz zu Hausbesuchen durchgeführt werden und potenzielle Vorteile davon aufzeigen.</p> <p><i>Positiv:</i> Klare Zielsetzung, es wird deutlich aufgezeigt, was die Studie zum Ziel hat zu erforschen.</p> <p><i>Kritik:</i> Es gibt keine direkt formulierte Fragestellung.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>(S. 40-41) Hausbesuche scheinen in den letzten Jahren in Australien und dem United Kingdom (UK) aus unerklärlichen Gründen zu sinken. Die Autorinnen nennen die Wichtigkeit, mögliche Gründe zu erforschen. In der Praxis dienen Hausbesuche oftmals dazu, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in deren eigenen Umfeld zu ermitteln. Einerseits wird in der Literatur beschrieben, dass</p>

	<p>dadurch die Betätigungsperformanz verbessert werden kann. Andererseits zeigen andere Studien auch auf, dass der Nutzen von Hausbesuchen nicht ganz geklärt ist und die Vorteile nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden können.</p> <p>Gerade im Alter gewinnt das eigene zu Hause an Bedeutung. Das selbstständige Wohnen zu Hause kann beispielsweise durch Wohnraumanpassungen oder Hilfsmittel ermöglicht werden. Dazu kann der Hausbesuch vor Austritt eine Möglichkeit zur Vereinfachung darstellen. Trotzdem ist sehr wenig darüber bekannt, was während des Hausbesuches passiert und welche Personen am meisten davon profitieren. Oftmals werden Personen mit einer veränderten Funktionalität ihres Körpers (klinische Faktoren) als Zielpublikum identifiziert. Überraschenderweise zeigen jedoch auch einige Studien auf, dass das Funktionsniveau, die Diagnose, Alter, Geschlecht oder die Wohnform (also klinische und soziodemografische Faktoren) keine Indikatoren zur Durchführung von Hausbesuchen darstellen. Diese Diskrepanz in der Literatur und das fehlende Verstehen der Entscheidungsgrundlage von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, wer einen Hausbesuch erhält, geben den Autorinnen Anlass das Thema genauer zu untersuchen.</p> <p>Der Grund, weshalb Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sich entscheiden einen Hausbesuch mit oder ohne den Betroffenen durchzuführen, ist ein anderer ungeklärter Faktor. Es kommt aus vorherigen Studien hervor, dass diesbezüglich Verwirrung und Unklarheit zur Unterscheidung der beiden Formen bestand.</p> <p><i>Positiv:</i> Relevante Begriffe wurden erklärt und definiert. Alle Aspekte der Zielsetzung sind verständlich hergeleitet und die Lücke in der Forschung aufgezeigt. Anhand der Einleitung wird deutlich klar, was es zu untersuchen gilt. Die Aussagen werden mit genügend Literatur unterstützt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es ist aufgefallen, dass viel Literatur aus der Einleitung von derselben Autorin stammt, wie die Studie selbst. Diesbezüglich besteht keine grosse Vielfalt.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?'</p> <p>Die Studie erfüllt 4 von 5 Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Studiendesign: Telefoninterview, qualitativ → Population: Sichtweise Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im geriatrischen Bereich (nicht spezifisch Schlaganfall) → Region: United Kingdom (England, Wales, Nordirland) → Setting: stationär → Intervention: Hausbesuche vor Austritt
STUDY DESIGN:	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p>

<p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (phenomenology)</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other:</p>	<p>Das Studiendesign wird als qualitative Studie beschrieben (im Titel, S. 40) aber nirgends im Text einem genaueren Ansatz zugeteilt. Anhand des Datenanalyseverfahrens der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) wird ein Kodierungsverfahren genutzt, um die gesammelten Daten zu kategorisieren. Dieses Verfahren und die beschriebene Herangehensweise könnten Anzeichen für ein phänomenologisches Design darstellen. Ausserdem zielt die Fragestellung darauf ab, die Wahrnehmung von Personen zu erforschen. Dies entspricht ebenfalls dem einem phänomenologischen Ansatz. (S. 41-42)</p> <p><i>Positiv:</i> Das qualitative Design scheint passend, da es dem Ziel entspricht, Erfahrungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter zu erforschen.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Studiendesign wurde nicht explizit erläutert und kann nur angenommen werden.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Es wird nirgends eine philosophische oder theoretische Perspektive explizit beschrieben. Die genutzten Verfahren zur Datenanalyse werden jedoch stets mit Literatur unterstützt und scheinen einer theoretischen Grundlage zu unterliegen. Anhand der oben im Design erwähnten Annahme eines phänomenologischen Ansatzes, könnte es sein, dass die Autorinnen die dazugehörige philosophische Perspektive vertreten.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Autorinnen erwähnen nicht explizit eine theoretische oder philosophische Perspektive.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews (semi-structured)</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other:</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>(S 41, 2. Spalte, erster Absatz). Es wurden ausschliesslich semi-strukturierte Telefoninterviews durchgeführt. Begründet wurde dies dadurch, dass eine höhere Teilnahmequote und grössere Flexibilität (zeitlich/örtlich) möglich waren. Als zusätzliche Vorteile wurden erwähnt, dass der Interviewer-Effekt und die soziale Erwünschtheit der Antworten (Hawthorne Effekt) durch die Distanz verkleinert, sowie die offenere Diskussion durch die Anonymität gefördert werden. Die Autorinnen erwähnen jedoch ausdrücklich, dass die <i>Face-to-Face-Interviews</i> dem <i>golden standard</i> in der qualitativen Forschung entsprechen. Es wurde auch schon Kritik gegenüber von Telefoninterviews in der qualitativen Forschung ausgesprochen, was die Autorinnen als möglichen Bias dieser Studie beschreiben. Um diesem Nachteil entgegenzuwirken, wurde bei der Rekrutierung besonders Wert daraufgelegt, dass sich die Teilnehmenden auch wohl fühlen mit einem Telefoninterview und bereit sind, in diesem Setting ihre wichtigen Experteninformationen zu teilen.</p>

	<p><i>Positiv:</i> Die Methode wurde ausführlich mit Literatur unterstützt, sowie Vor- und Nachteile kritisch dargelegt. Die Autorinnen zeigen auf unter welchen Risiken sie sich für die besagte Methode entschieden haben und erwähnen von sich aus mögliche Bias. Die Autorinnen sind sich den Risiken dieser Methode bewusst.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nicht weiter ausgeführt, wie die Autorinnen bei der Selektion sicherstellen, dass die befragten Personen sich wohl und vertraut mit der Methode Telefoninterview fühlen.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>(S. 41-42) Teilnehmende wurden in zwei Phasen rekrutiert. In einer ersten Phase wurden 36 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus einer früheren Studie angefragt, welche sich bereit erklärt haben erneut an einer Studie teilzunehmen. Davon haben sich 16 für die Teilnahme angemeldet. In einer zweiten Phase haben diese Personen weitere Berufskolleginnen und Berufskollegen für die Teilnahme angefragt (Schneeball-System). Daraus ergaben sich weitere 5 Teilnehmende, was insgesamt zu einer Stichprobe von 21 Personen führte.</p> <p>Einschlusskriterien für die Stichproben waren, dass die Personen im Rahmen ihrer aktuellen oder früheren Praxis Hausbesuche durchführen.</p> <p><i>Positiv:</i> Das Sampling ist abgestimmt auf die Fragestellung, indem Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gezielt in diesem Bereich gesucht werden. Der Prozess ist nachvollziehbar beschreiben.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Teilnehmenden wurden ausschliesslich über Beziehungen gesucht. Vielleicht hätte eine Ausschreibung in Fachkreisen noch zu weiteren Teilnehmenden unabhängig von vorangehenden Studien in diesem Bereich geführt.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>(S. 41-42) Die Teilnehmenden (n=21) sind alles Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, welche viel Erfahrung in der Praxis mit älteren Menschen haben. Alle sind Mitglieder eines Berufsnetzwerkes (College of Occupational Therapists Specialist section for Older People). Sie entsprechen alle dem oben erwähnten Einschlusskriterium. Sie kommen aus England, Wales und Nordirland. 11 von ihnen arbeitet im akuten Bereich, 2 in einer Zwischenpflegeeinrichtung, 4 in psychischen Einrichtungen für ältere Menschen und 4 im Bereich der Rehabilitation. 17 der Teilnehmenden haben Berufserfahrung von 6 Jahren und mehr, 4 Teilnehmende zwischen 1-6 Jahren.</p> <p>Als Kriterium für die Stichprobengrösse wurde die Beurteilung der Qualität der Informationen aufgrund von Erfahrung als Richtwert genommen. Gemäss einer Literaturquelle schreiben die Autorinnen,</p>

	<p>dass eine Grösse von mindestens 15 Personen bestehen sollte. Somit wurde die Stichprobengrösse in der Studie als genügend gross deklariert.</p> <p><i>Positiv:</i> Es wird einen Überblick über die Settings und Regionen geboten, in denen die Teilnehmenden arbeiten. Ein grosser Teil der Teilnehmenden hat bereits viel Berufserfahrung.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Stichprobe wurde bereits vor Durchführung der Interviews anhand von Erfahrungswerten und Literaturquellen fix definiert. Das Verfahren zur Bestimmung der Stichprobengrösse entspricht nicht der Redundanz und gewährleistet nicht die theoretische Sättigung der Daten. Die Autorinnen beschreiben nach Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu suchen, welche Experten in der Zusammenarbeit mit älteren Menschen sind. Es wird aber nicht definiert, wie lange diese schon in dem Setting arbeiten müssen, damit sie als Experten gelten. Man kann der Studie nicht entnehmen, wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus welchem Bereich des UK kommen. Zudem wird nicht die ganze UK abgedeckt, da keine Personen aus Schottland befragt wurden.</p> <p>In Bezug auf unsere Fragestellung passt der Fachbereich der Teilnehmenden nicht perfekt. Trotzdem befinden sich unter der Population von Erwachsenen Menschen mit Schlaganfall auch viele ältere Personen aus dem geriatrischen Bereich, was die beiden Zielgruppen annähert und eine Vergleichbarkeit zum gewissen Masse herstellt.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>(S.46) Es wird in einem Satz erwähnt, dass die ethische Zustimmung vom Bunel University Ethics Committee ausgestellt wurde.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird in nirgends erwähnt, dass die Zustimmung der Teilnehmenden eingeholt wurde.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Es wird beschrieben, dass die Telefoninterviews ausserhalb der Arbeitszeit durchgeführt werden. Die Moderation wird von Ergotherapie-Studierenden im Masterstudium übernommen. Die Dauer der Interviews wurde mit durchschnittlich 30 Minuten ausgewiesen. Die Studie gibt einen guten Überblick über das Setting.</p> <p>Die Teilnehmenden werden im Text beschrieben (S. 42, 1. Absatz). Der genaue Beschrieb wurde oben im Teil Sampling erwähnt.</p> <p>Das Training der Studierenden von einer erfahrenen Person des Autorenteams wird ausführlich beschrieben. Diese Personen führten auch die Auswertung der Daten durch. Bei der Auswertung wird die Kombination von Expertin und Experte sowie Studentinnen und Studenten als Triangulation bezeichnet, um die Glaubwürdigkeit zu</p>

	<p>erhöhen und Fehlinterpretationen zu vermeiden. Man erhält ein relative gutes Bild über das ganze Team.</p> <p><i>Positiv:</i> Es werden viele Angaben zu den Teilnehmenden und zum Rahmen der Interviews gemacht. Ausserdem fällt auf, dass sich die Autorinnen bereits viele Gedanken zu möglichen Bias gemacht haben (beispielsweise wie oben erwähnt bezüglich Telefoninterview).</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p><i>Kritik:</i> Eine Übersichtstabelle zu den Teilnehmenden würde helfen, einen schnelleren Einblick über die demografischen Daten zu erhalten. Ausserdem könnten diese noch etwas ausführlicher dargelegt werden. Z.B. fehlt die Information, wie viele Teilnehmende aus welcher Region kommen. Bei der Dauer der Interviews wäre die Angabe der Range hilfreich, um sich vorzustellen inwiefern die Interviews gleich tief/lange dauerten oder ob allenfalls ein Interview nur 10 Minuten und ein andere 50 dauerte. Weitere Vorkenntnisse oder Beziehungen zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nicht erwähnt oder deklariert. Wie wurden die Masterstudentinnen und Masterstudenten rekrutiert? Haben diese spezielles Interesse oder Vorkenntnisse zum Thema der Studie? Auch andere potenzielle Fehler durch Vorkenntnisse oder die Reflexion der eigenen Perspektive ist nicht vorhanden. Beim genaueren Hinschauen wird bewusst, dass die Autorinnen viele Quellen von früheren eigenen Forschungen referenzieren, was daraus schliessen lässt, dass diese schon viel Vorwissen zu dem Thema haben. Dies wird aber nirgends erwähnt.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Es wurden semi-strukturierte Telefoninterview durch vier Ergotherapie-Studierende im Masterabschluss durchgeführt. Drei Studierende führten fünf Interviews durch und eine Person sechs Interviews. Die Interviews fanden ausserhalb der Arbeitszeiten statt.</p> <p>(S.42, 1. Spalte 2. Absatz) Das Training der Interviewerinnen und Interviewern ist genau beschrieben (sich vorstellen, wie man Fragen stellen soll, was tun, wenn Schwierigkeiten auftreten usw.) und auch mögliche Fragestellungen respektive Oberthemen während des Interviews sind definiert. Ausserdem wurden die Studierenden während der ersten Interviews begleitet und erhielten Feedback von der Fachperson.</p> <p>Der Interviewleitfaden umfasste drei Hauptbereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demografische Informationen 2. Definieren des Konzepts von Hausbesuchen (Definition Hausbesuche, Wahrnehmung des Wertes und der Relevanz von Hausbesuchen sowie das klinische Reasoning

	<p>3. Prozess des Hausbesuches (Erwartungen, bei welchen Fällen sich die Präsenz der Patientin / des Patienten lohnt, geschätzte Dauer und Reasoning rund um den Prozess)</p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.</p> <p><i>Positiv:</i> Man erhält einen vertieften Einblick in das Training der Studierenden zur Führung der Interviews. Es vermittelt ein seriöses und gutes Bild über das Datenerhebungsverfahren. Der Interviewleitfaden gibt einen Eindruck, was im Interview erfragt wird und ist sinnvoll unterteilt.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>(S. 42, 2. Spalte 2. Absatz) Die Daten wurden mittels der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) analysiert. Dieses Vorgehen wird genau beschrieben und mit Literatur untermauert. Weitere Details sind im nächsten Punkt Auditability zu finden.</p> <p><i>Positiv:</i> Der Prozess der Datenanalyse ist gut nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Die thematische Analyse passt zum Ziel der Studie.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nicht beschrieben, wie die Autorinnen bezüglich Uneinigkeiten bei dem Analyseverfahren vorgegangen sind.</p> <p>Resultate</p> <p><u>Konzepte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für Hausbesuche (S. 42 -43)</u></p> <p>Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschreiben als Ziel der Hausbesuche, zu sehen wie Patientinnen und Patienten in ihrem Zuhause zurechtkommen oder welche Anpassungen notwendig sind, um die Selbstständigkeit zu gewährleisten. Anwesend sind meistens der/die Ergotherapeut/in, Patient/in und manchmal eine Begleitperson (Assistent/in, Sozialarbeiter/in, Pflegefachperson oder Angehörige). Die Wahl der Begleitperson wird meist aufgrund der Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten abgestimmt. Angehörige sind meistens bei Personen mit kognitiven Einschränkungen dabei. Die Anwesenheit wurde in der Regel auf möglichst wenige Personen beschränkt, da es ansonsten sehr chaotisch werden kann.</p> <p>Die Zugangsbesuche (<i>access visit</i>) werden mehr verwendet, um das häusliche Umfeld zu sehen, anstelle die Person in ihrer Umwelt zu beobachten. Es geht vor allem darum, Wohnraumanpassungen vorzunehmen, um den Zugang zu gewährleisten.</p> <p><u>Den Grund rationalisieren (S. 43)</u></p> <p>Als Hauptgrund, weshalb ein Hausbesuch durchgeführt werden, wird das Vereinfachen der Austrittsplanung genannt. Es sollen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, welche die Risiken zu Hause vermindern und den Zugang gewährleisten. Folgende Faktoren wurden dabei</p>

	<p>von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten berücksichtigt: die körperlichen Beeinträchtigungen, Mobilität, Sehbeeinträchtigungen, neue komplexe Bedürfnisse (nicht bestehend vor Hospitalisierung), Möglichkeit zur Adaptation bezüglich der Beeinträchtigungen, Kognitive Beeinträchtigungen.</p> <p>Zugangsbesuche wurden vor allem durchgeführt, wenn eine Hilfsmittelausrüstung oder Adaptationen zu Hause notwendig waren. Ebenfalls wurde diese Variante gewählt, wenn Empfehlungen für Patientinnen und Patienten mit einer Knie- oder Hüftprothese gemacht werden sollen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus dem psychiatrischen Bereich nutzen Zugangsbesuche praktisch nie. Diese glauben, dass die Präsenz der Patientinnen und Patienten vor Ort den Hausbesuch vereinfacht. Ausserdem ist es in diesem Fachbereich schwer das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu gewinnen, um ohne diese nach Hause zu gehen.</p> <p><u>Zeit als Faktor (S. 43)</u></p> <p>Zeitdruck wurde vor allem in den Akutsettings als Einflussfaktor für Hausbesuche beschrieben. Dabei spielen Faktoren wie die Bettenbelegung und kurze Aufenthaltsdauern eine Rolle. Auch die Frage des Timings wird vor allem in Bezug auf die Organisation erwähnt. Die Verfügbarkeit von Fahrzeugen, die Beteiligung von anderem Personal oder auch die Arbeitsmenge auf der Station wurden als Faktoren beschrieben.</p> <p>Die Zeit während des Hausbesuchs variierte. Zum Teil wurde eine Stunde als genügend empfunden. Andere erhielten viel zu wenig Zeit – je nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Es wurde erwähnt, dass man solche Angelegenheiten nicht durcheinander sollte und sich Zeit nimmt. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im psychiatrischen Bereich hatten keinen Zeitdruck. Die Abwesenheit der Patientinnen und Patienten auf dem Besuch schien die benötigte Zeit zu verkürzen. Als Begründung wurde genannt, dass man keine Zeit für Erklärungen benötigte. Andererseits wurde manchmal viel Zeit benötigt, um mit Angehörigen zu sprechen. Die Besuche wurden als stressig und auf die letzte Minute beschrieben. Das hatte zur Folge, dass man nicht genügend Zeit zur Verfügung hatte, um alle Fragen der Angehörigen zu beantworten.</p> <p><u>Der Wert von Hausbesuchen (S.43-44)</u></p> <p>Hausbesuche wurden von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als positiv und negativ empfunden. Positive Empfindungen waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hilfreiches Mittel, sehr wichtig - Angst reduzieren, um nach Hause zu gehen - Patientinnen und Patienten im eigenen Umfeld sehen -> macht das Assessment mehr real, «Realitätsprüfung», ohne Simulation - für Personen mit kognitiven Einschränkungen besonders wertvoll, da diese zu Hause teilweise viel besser und sicherer ihre Betätigungen ausüben - hilft den Betroffenen sich an ihre Beeinträchtigung/Veränderung
--	--

	<p>anzupassen (steigert die Awareness und somit die Compliance)</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Psychiatrischen Setting war es sinnvoll zu sehen, wie die Personen lebten und in ihrem Umfeld sich betätigten → wie lebt diese Person? - geben einen guten Einblick in den mentalen Status der Person, die Stimmung, die Awareness, wo die Schwierigkeiten liegen (vor allem wenn jemand alleine lebt) <p>Negative Empfindungen waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen und Patienten wollten nicht mehr zurück ins Spital gehen - Hausbesuche können Stress und Ängste bei den Betroffenen hervorrufen. Sie werden nervös, wenn sie zu wenig Informationen erhalten (ausreichende Informationen vor dem Hausbesuch wurden als besonders wichtig beschrieben, um diesen Ängsten entgegenzuwirken) - die Awareness und das Sehen der Realität kann auch negative Empfindungen hervorrufen - Der Hausbesuch wird von manchen Betroffenen als Test angeschaut, den sie bestehen können → Druck - Patientinnen und Patienten geben ein falsches Bild ab, in dem sie extra vorsichtig sind und gut aufpassen (wäre anders wenn sie alleine sind) → verzerrt die Einschätzung z.B. über Sturzrisiko <p><u>Einbindung von Patientinnen und Patienten (S.44)</u></p> <p>Es benötigt die Einwilligung der Betroffenen, andererseits kann der Hausbesuch nicht stattfinden. Bei manchen Institutionen braucht es dazu ein Einwilligungsformular. Eine teilnehmende Person hinterfragte sich, ob sie den Patientinnen und Patienten jeweils genügend Entscheidungsfreiraum gab, da noch nie jemand abgelehnt hatte. Es scheint ausserdem, dass organisatorische Barrieren sich darauf auswirken, inwiefern sich die Patientinnen und Patienten beteiligen können. Die Zeitknappheit verringert die Informationsmenge und Möglichkeit überhaupt einen Hausbesuch durchzuführen.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Unterthemen sind passend zu den Titeln und die Inhalte durchgängig korrekt einsortiert. Die Übertitel können einen ersten Eindruck vermitteln, was im Block thematisiert wird. Die Aussagen werden mit Zitaten belegt und die Teilnehmenden anonym genannt.</p> <p><i>Kritik:</i> Eine Übersicht der Themen am Anfang des Resultate teils fehlt. In den ersten drei Themenblöcken <i>Therapists concepts of home visits</i>, <i>Rationalizing why</i> und <i>Time as a factor</i> gehen die Autorinnen explizit neben Hausbesuchen auch auf Zugangsbesuche ein. In den weiteren Themenblöcken <i>Value of home visit</i> und <i>Patient engagement</i> wird nur noch von Hausbesuchen und kaum noch von Zugangsbesuchen gesprochen. Spezielle Ausführungen zu Aussagen aus dem Akutsetting und dem psychiatrischen Setting werden gemacht. Der Leserschaft erhält keine Informationen, wie es im Rehabilitationssetting aussieht. Eine demographische Tabelle, in welchem Setting die Teilnehmenden arbeiten, wäre äusserst hilfreich, um die Aussagen den Settings zuzuteilen.</p>
--	--

<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analysing the data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>(S.42) Als erstes haben sich die Autorinnen einen Überblick über die gesammelten Daten gemacht. Danach markierten sie Stellen aus den Interviews, welche Einblick in die gefragten Themen gaben. Diese wurden dann codiert mit einem Wort oder Satz. Aus diesen Coden kristallisierten sich Themen heraus, die für jedes Interview einzeln notiert wurden. Diese Themen wurden dann gegliedert und so organisiert, dass sich Interpretationen zum Phänomen ergaben. Daraus entstand dann schlussendlich eine thematische Karte. Es wurde sichergestellt, dass die Themen gut voneinander abgrenzbar sind.</p> <p><i>Positiv:</i> Das Vorgehen der Autorinnen ist nachvollziehbar beschrieben, auch ohne Entscheidungsbaum.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Themenwahl/Definition wurde nicht separat begründet. Es gibt keinen Entscheidungsbaum, dieser wird jedenfalls nirgends erwähnt.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>(S. 44-46) Zusammenfassend beschreiben Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in dieser Studie deren Wahrnehmung und Begründung für Hausbesuche. Die Teilnehmenden beschrieben zwei Arten von Hausbesuchen. Dass der Zugangsbesuch zum Teil auch gemacht wird, um Zeit zu sparen, wurde bisher in der Literatur noch nicht beschrieben. Das gezielte Nutzen von zwei verschiedenen Arten von Besuchen (mit/ohne Patient/Patientin) könnte innovativ und effizient sein. Die Autorinnen vergleichen eine solche Möglichkeit mit dem QIPP Programm (Quality, Innovation, Productivity und Prevention). Die Ergebnisse werfen auch ein Licht darauf, dass Kostenersparnisse einen Einfluss auf die Praxis und das Reasoning der Fachpersonen haben kann.</p> <p>Als Begründung für den Hausbesuch wurde meistens die verbesserte Austrittsplanung angegeben, was mit vielen vorhergehenden Studien übereinstimmt. Ähnliche Begründungen zur Durchführung wurde für den Zugangsbesuch angegeben. Dieser wurde interessanterweise hauptsächlich als Ersatz und nicht als Ergänzung eingesetzt. Der Vergleich zwischen Hausbesuch und Zugangsbesuch wurde bisher in der Literatur noch nicht untersucht. Bisher bestanden nur Vergleiche zwischen Assessments im Spital vs. Assessments zu Hause.</p> <p>In der aktuellen Studie wird beschrieben, dass klinische Faktoren, wie die Körperfunktionen, physische und kognitive Beeinträchtigung einen Einfluss auf die Entscheidung über einen Hausbesuch hatte. Dies wird auch in einigen anderen Studien beschreiben. Eine widersprüchliche Aussage macht jedoch eine andere Publikation, welche</p>

	<p>aufweist, dass die Körperfunktionen, Spitalaufenthaltslänge und Diagnose keinen Einfluss auf das Erhalten eines Hausbesuchs haben. Die aktuellen Ergebnisse unterstützen jedoch die bereits bekannte Aussage, dass das Alter, Geschlecht und die Wohnform keinen Einfluss auf die Entscheidung haben.</p> <p>In dieser Studie nannten die Teilnehmenden den Hausbesuch in erster Linie als Mittel um den Fokus auf die körperliche Funktion und die physische Umwelt zu setzen. Zudem stellten die Teilnehmenden hingegen die Gültigkeit der Assessments während der Hausbesuche in Frage (vgl. Patientinnen und Patienten geben sich besonders Mühe, sehen es als Test usw.). Die Studie stellt deshalb nur einen engen Blickwinkel der funktionellen Ebene dar, anstelle auch die psychosozialen Funktionen oder die soziale Partizipation zu beleuchten. Auch andere Studien zu diesem Thema weisen diese Limitation auf und ziehen nicht eine weitere Perspektive in Betracht. Hinzu kommt, dass die Teilnehmenden dieser Studie ein eher limitiertes Einbinden der Meinung und Präferenzen der Patientinnen und Patienten reflektieren. In zwei Studien wurde festgestellt, dass ältere Menschen im Austrittsprozess nicht zufrieden mit der Förderung der sozialen Kontakte und Thematisierung der sozialen Partizipation sind. Die Fokus der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Pflegenden unterscheiden sich mit denen der Patientinnen und Patienten, indem sich diese mehr Gespräche über die soziale Isolation und Finanzen wünschen. Somit entsteht auch beim Hausbesuch diese Diskrepanz der unterschiedlichen Fokus.</p> <p>Die Rolle der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten hat sich im Akutsetting diesbezüglich entwickelt, dass der Hauptfokus immer mehr auf der Abklärung anstelle der Rehabilitation/Therapie liegt. Dies geschah aufgrund ökonomischen Aspekten im Gesundheitswesen. So liegt es nahe, dass beim Hausbesuch mehr die funktionelle, abklärende Perspektive eingenommen wird, anstelle auf die soziale Partizipation zu achten. Dies könnte somit ein Grund für die herrschende Unzufriedenheit bezüglich der Hausbesuche sein. Negatives Feedback von Patientinnen und Patienten könnte dann dazu führen, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten immer weniger Hausbesuche durchführen.</p> <p>Die pragmatischen Faktoren bezüglich Zeitdruck wurden ebenfalls diskutiert. Der Zugangsbesuch wird als zeiteffizienter wahrgenommen, ausser wenn man in lange Gespräche mit den Angehörigen eingebunden wird. Dies führt dazu, dass manche Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten versuchen Familien- und Patientengesprächen auszuweichen und Kontakt zu vermeiden. Somit entstehen Vermeidungsstrategien, um die Zeit besser zu nutzen. In einer andere Studie wurde ebenfalls untersucht, wie der Zeitdruck negativen Einfluss auf die Entscheidungsfindung mit der Patientin oder dem Patienten hat.</p> <p>In dieser Studie wurden Patientinnen und Patienten selten gefragt, welchen Typ von Hausbesuch sie bevorzugen. Im psychiatrischen</p>
--	---

	<p>Setting wurden hauptsächlich Besuche mit den Betroffenen gemacht, da ansonsten die Erlaubnis schwerer einzuholen wäre. Zwei andere Studien erwähnen hierzu, dass es tatsächlich kontraproduktiv ist, wenn man die Meinung und individuellen Strategien von älteren Menschen nicht miteinbezieht. Meistens finden nämlich diese Menschen eine eigene Lösung (=Compliance ansonsten eingeschränkt).</p> <p>Obwohl der Zeitdruck die Hausbesuche erschwert, werden diese trotzdem geschätzt, um Betroffene in ihrem realen Umfeld zu beobachten. Dies wurde auch in anderen Studien genannt. Die Teilnehmenden erwähnten, dass für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen der Hausbesuch nochmal einen tieferen Einblick für beide Parteien gewährleistet. Während Hausbesuche einerseits als angstreduzierend wahrgenommen wurden, erwähnten andere Teilnehmende auch Erlebnisse, in denen Patientinnen und Patienten mit der Angst konfrontiert wurden und sie mit der fehlenden Funktion konfrontierten. Auch dieses Thema haben bereits andere Studien als Ergebnis ausgewiesen.</p> <p><i>Positiv:</i> Alle genannten Ergebnisse wurden im Diskussionsteil nochmals aufgegriffen und mehr oder weniger erläutert und untersucht. An einigen Orten werden Gegensätze dargestellt. Die Aussagen sind mit zusätzlicher Literatur untermauert. Die Resultate der Studie werden mit Quellen aus der Einleitung verglichen und in Bezug gestellt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es fehlt eine Hauptaussage oder übersichtliche Darstellung. Es bräuchte noch ein Zusammenbringen der Fakten zur Beantwortung der Fragestellung. Einige Aussagen sind sehr oberflächlich gefasst und nicht sorgfältig aus den Ergebnissen ausgearbeitet (Beispiel: S.45, 1. Spalte, 1. Absatz Zeile 7-10: Diese Aussage geht nicht direkt aus den Ergebnissen hervor oder wurde dort erwähnt. Oder Beispiel: S.45, 1. Spalte, 2. Absatz Zeile 4-6: die Gründe für die Durchführung von Hausbesuchen und Zusatzbesuchen überschneiden sich wohl im Punkt Empfehlungen für Hilfsmittel oder Hausanpassungen. All die anderen Gründe wurden jedoch beim Zugangsbesuch nicht benannt. Somit stimmt diese Aussage nicht wirklich). Der Diskussionsteil der Studie konzentriert sich sehr stark auf die fehlenden sozialen Aspekte des Hausbesuches und die diesbezügliche Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Im Ergebnisteil wurden allerdings nicht ausschliesslich die funktionelle Aktivität und physische Umwelt erwähnt. Einige Aussagen betrafen auch das Reduzieren von Angst, fördern der Awareness oder das Erfassen des mentalen Status der Person usw. Es ist fragwürdig, wieso die Autorinnen diesen Fokus so priorisieren, da die Ergebnisse ihrer Studie dieses Thema oder diese Diskrepanz nicht als Hauptthema hervorbringt.</p>
OVERALL RIGOUR	For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.

<p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Datensätze wurden durch insgesamt 5 Autorinnen strukturiert, was der Untersucher-Triangulation entspricht. Eine weitere Triangulation wurde durch den Beizug der verschiedenen Regionen des UK erreicht. Es wurden verschiedene Bias erwähnt, z.B. der Hawthorne Effekt, welche die Autorinnen im Hinterkopf hatten und zu vermeiden versuchten. Auch die unterschiedlichen Interview Fertigkeiten werden als möglicher Bias für die Studie genannt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wurde kein Member-Checking durchgeführt, das heisst die Teilnehmenden konnten die Richtigkeit der Interpretationen nicht rückbestätigen.</p> <p>Transferability (Übertragbarkeit auf andere Kontexte)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Teilnehmenden und deren Eigenschaften wurden verständlich und ausreichend beschrieben. Das Setting der Telefoninterviews war ebenfalls klar.</p> <p><i>Kritik:</i> Es fehlt die Angaben, wie viele Teilnehmende aus welcher Region des UK kommen. Nicht aus allen Regionen des UK wurden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten inkludiert. Es kann teilweise nicht nachvollgezogen werden, aus welcher Institution gewisse Angaben kommen, zum Beispiel wird niemals erwähnt, welche Aussagen aus der Rehabilitation kommen.</p> <p>Dependability (Verlässlichkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Der Prozess der Datenanalyse ist klar und detailliert beschrieben. Man kann dem Prozess auch ohne Entscheidungsbaum folgen.</p> <p><i>Kritik:</i> Es besteht kein Entscheidungsbaum und die definierten Oberthemen wurden nicht begründet. Es wird nicht beschrieben, wie die Autorinnen bezüglich Uneinigkeiten bei dem Analyse-Verfahren vorgegangen sind.</p> <p>Confirmability (Bestätigbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Datenanalyse wurde durch 5 Autorinnen gemacht, sie haben sich untereinander abgetauscht (Peer-Review). Die Ergebnisse werden laufend mit wortwörtlichen Zitaten untermauert.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Standpunkt oder die Vorkenntnisse der Autorinnen oder Studierenden wird nicht in die Tiefe reflektiert. Ausserdem werden keine Journale oder andere Reflexionsmethoden genannt.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Das Thema der höheren Einbindung und steigern der Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten (z.B. durch bessere Kommunikation) ist ein interessanter Ansatz, um auch die Entscheidungslast der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten etwas zu senken. Erneut wird die Diskrepanz zwischen der Berücksichtigung</p>
---	---

	<p>klinischer Faktoren und der Vorteile in Bezug auf die pragmatischen Hindernisse genannt. Dies scheint eine der grössten Herausforderungen zu sein. Der Kontext des UK kann gut auf den Kontext dieser Bachelorarbeit übertragen werden, da es einer ähnlichen soziokulturellen Nation entspricht. Schade ist, dass in der Studie kaum zwischen den Settings des Akutspitals und der Rehabilitation unterschieden wird, dies hätte bestimmt spannende Aspekte mit sich gebracht. Die Population von älteren Menschen entspricht zwar nicht unserer Population von Erwachsenen mit Schlaganfall, trotzdem sind auch viele Menschen mit Schlaganfall im höheren Lebensalter. Ausserdem wird in der Studie mehrmals spezifisch auf kognitive Einschränkungen eingegangen, welche in der Arbeit mit neurologischen Patientinnen und Patienten ebenfalls oft ein grosses Thema darstellen.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Konklusion (und Implikationen) (S. 46)</p> <p>Die Studienergebnisse zeigen auf, dass die aktuelle Praxis der ergotherapeutischen Hausbesuche Schwierigkeiten hat, der Patientenzentrierung gerecht zu werden und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten an erster Stelle zu stellen. Es braucht eine erhöhte Zusammenarbeit und Einbindung der Betroffenen, um die passendste Intervention für jeden Einzelnen auszusuchen. Die Patienteneinbindung könnte ein Gefühl von Eigenmacht herbeiführen und die Anzahl von Entscheidungen durchs Fachpersonal reduzieren. Des Weiteren weisen die Resultate auf, dass ein dringender Bedarf an Evidenz für die Effektivness und den klinischen Gebrauch von Zugangsbesuchen und Hausbesuchen besteht. Noch wichtiger erscheint, dass die Entscheidungsfindung für Hausbesuche auf klinischen Faktoren und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten und nicht aufgrund pragmatischer Hindernissen basieren sollte. Zudem sollten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Informationen zum Hausbesuch bewusster kommunizieren, so dass die Betroffenen im Entscheidungsprozess eingebunden werden. Der Einfluss des Zeitdrucks auf die ergotherapeutische Praxis sollte weiter untersucht werden.</p> <p><i>Positiv:</i> Es werden klare Implikationen für die Praxis beschrieben.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Konklusion entspricht mehr den Implikationen, diese werden nirgend separat aufgeführt. Es wird somit jedoch weniger die Haupteckenpunkte zusammengefasst, sondern mehr der Übertrag in die Berufspraxis und die Forschung in diesem Absatz beschrieben. Die klassische Konklusion kommt deswegen zu kurz, indem nicht alle Aussagen aus dem Ergebnis und der Diskussion nochmals knapp zusammengefasst werden.</p> <p>Limitationen (S.46)</p>

	<p>Die Generalisierbarkeit auf andere Populationen ist eingeschränkt, da es nur Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus dem UK befragt hat. Es ist jedoch die erste Studie, welche das Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Durchführung des Hausbesuchs untersucht. Die Autorinnen mussten achtsam sein, dass Fakten nicht verschwiegen wurden, da sie mit einer schlechten Praxisausübung oder ethischen Konflikten in Zusammenhang gebracht wurden (<i>social desirability bias</i>). In der Studie hatte man jedoch das Gefühl, dass die Teilnehmenden sehr offen und gesprächig waren. Vielleicht hat das Telefon-Interview durch die Anonymität einen Beitrag zur Verminderung der sozialen Erwünschtheit geführt. Das Telefoninterview verhinderte das Sehen und interpretieren von nonverbalen Signalen, was als Nachteil gesehen werden kann. Andererseits werden nonverbale Signale auch nicht immer korrekt gedeutet. Als letztes gilt noch zu erwähnen, dass die Interview Fähigkeiten der Studentinnen und Studenten trotz gründlicher Vorbereitung unterschiedlich sein konnten.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen reflektieren die Limitationen der Studie angemessen und umfassend.</p>
--	--

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 2 nach Letts et al. (2007)

Critical Review Form – Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University
McMaster University

CITATION:

Davis, A. J., & Mc, C. P. (2019). An exploratory study of discharge planning home visits within an Irish context – investigating nationwide practice and nationwide perspectives. <i>Irish Journal of Occupational Therapy</i> , 47(2), 95–113. https://doi.org/10.1108/IJOT-10-2018-0015	
	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel (Abstract, S.95):</p> <p>Die Studie hat zum Ziel, die momentane klinische Praxis in Irland bezüglich Hausbesuchen zu untersuchen und den Wert zu ermitteln, den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Irland Hausbesuchen zuschreiben.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Studie hat ein klar formuliertes Ziel</p> <p><i>Kritik:</i> Keine Forschungsfrage. Das Ziel wird nur im Abstract erwähnt, in der Einleitung kommt dieses nicht in derselben genauen Ausführung vor.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Die Autorinnen leiten das Thema zuerst über den Zusammenhang der Hausbesuche mit der Austrittsplanung ein. Dann wird der Begriff Hausbesuch literaturgestützt definiert und die Wichtigkeit in der klinischen Praxis aufgezeigt. Die Autorinnen schreiben, dass nur wenig Literatur zum Thema Hausbesuche besteht. Es fehlen internationale Leitlinien, welche den Umgang mit Hausbesuchen strukturieren. Dies führt dazu, dass oftmals das individuelle Reasoning der Fachperson benötigt wird. Die Hausbesuche werden als sehr Kosten- und Ressourcenintensiv beschrieben, was dazu führt, dass dringend Evidenz benötigt wird, um diese zu begründen. Vor allem im irischen Kontext gibt es aktuell keine evidenzbasierten Empfehlungen für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zur Ausführung von Hausbesuchen. Deshalb sehen die Autorinnen einen klaren Bedarf, die klinische Praxis in Irland in Bezug auf den Hausbesuch vor dem Austritt zu untersuchen. Die Studie soll die fehlenden Informationen in der Literatur in Irland zur Verfügung stellen.</p>

	<p><i>Positiv:</i> Autorinnen zitieren viele andere Studien, um ihre Aussagen zu unterstreichen, die Sachlage wird sehr umfassend mit vielseitigen und relevanten Quellen untermauert.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Herleitung des Bedarfs der Studie passt nicht zur Fragestellung, da die Autorinnen hervorbringen, dass Standards in der Praxis entwickelt werden müssen. Die Fragestellung zielt aber darauf ab, den Status Quo zu ermitteln.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?'</p> <p>Da wir in unserer Bachelorarbeit eine qualitative Fragestellung beantworten, interessiert uns hauptsächlich den qualitativen Teil der Studie über Vorteile, Risiken, Empfehlungen für die Durchführungen eines Hausbesuches.</p> <p>Ausser der Population, die auf kein spezifisches Krankheitsbild abzielt, sind alle unsere Einschlusskriterien erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Studiendesign: Qualitative, survey questionnaire (hat auch quantitative Fragen aber mehrheitlich qualitativ) ➔ Region/Setting: including acute, rehabilitation and convalescence (Genesung) settings within the Republic of Ireland (Europa) ➔ Population: <ul style="list-style-type: none"> + : Sicht Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten - : keine Angaben zu Art Diagnosen der Patientinnen und Patienten -> allgemein, nicht Schlaganfall ➔ Intervention: Hausbesuch
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> other: Mixed Methods</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Das Forschungsziel hat einen quantitativen und einen qualitativen Anteil. Es handelt sich dabei um eine explorative Mixed Methods Studie, bei welcher die Datenerhebung <i>concurrent</i> (gleichzeitig) erfolgt und die ein Triangulation Design aufweist. Die Autorinnen unterscheiden ihr Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Daten. In diesem Formular wird die Güte des qualitativen Teils untersucht (dritter Teil des Fragebogens). Der quantitative Teil wird im separaten Formular von Law et al. (1998) behandelt.</p> <p><i>Positiv:</i> Das explorative Design eignet sich gut, um eine Bestandaufnahme und Überblick zu erhalten, wenn noch wenig Forschung zum Thema in diesem Kontext vorhanden ist. Somit eignet es sich gut für diese Forschungsfrage. Durch den Mix der beiden Methoden (qualitativ und quantitativ) ist eine breitere Bestandaufnahme mit geringem Aufwand möglich und es werden bereits tiefere Einblicke erhalten. Die Triangulation der beiden Methoden kann die Schwächen und Stärken untereinander ausgleichen.</p> <p><i>Kritik:</i> Um ein Mixed Methods Design sorgfältig durchzuführen, ist sehr viel Aufwand notwendig. Meist leiden die einzelnen Designs dann in</p>

	der Qualität aufgrund von Kompromissen in der Erhebungsmethode oder Kürzungen und können nicht gleich ausführlich durchgeführt werden.
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die theoretische und philosophische Perspektive der Autorinnen wird nicht explizit erwähnt. Somit ist der Einfluss der Autorinnen auf die Interpretation der Ergebnisse nicht transparent.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> other: survey questionnaire</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Die Autorinnen wählen aufgrund des Mixed Method Designs die Methode des Fragebogens. Dies wird auch für den qualitativen Teil genutzt.</p> <p>Vorgehen (S. 97):</p> <p>Es wurde eine Übersicht über die aktuelle Literatur erstellt und auf dieser Grundlage ein Fragebogen formuliert. Die Autorinnen betonen Wert darauf zu legen, dass die Fragen spezifisch, relevant und interessant formuliert sind. Es wird beschrieben, dass auch auf die graphische non-verbale Sprache Acht gegeben wird wie zum Beispiel die räumliche Anordnung, Farbe und Helligkeit des Textes. Das Format soll benutzerfreundlich und gut zugänglich sein.</p> <p>Der qualitative Teil des Fragebogens dient dazu, die Haltung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gegenüber Hausbesuchen zu erforschen. Die Autorinnen fragen nach wahrgenommenen Vorteilen und Risiken bei der Durchführung des Hausbesuches, Kriterien bei der Auswahl, ob ein Hausbesuch durchgeführt werden soll und was die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als erfolgreichen Hausbesuch beschreiben. Zusätzlich wird eine Frage zu Verbesserungsmöglichkeiten gestellt, in der Hoffnung die momentane Praxis zu verbessern.</p> <p><i>Positiv:</i> Der Leser/ die Leserin erhält den Eindruck, dass sich die Autorinnen viel Gedanken und grosse Mühe beim Erstellen des Fragebogens geben haben. Die Themen im Fragebogen werden stets mit Literatur begründet. Non-verbale Aspekte der Graphik fliessen ebenfalls mit ein. Das Forschungsdesign ist passend: qualitative Fragen, zur Erreichung des Forschungsziels, die Wahrnehmung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu Hausbesuchen aufzuzeigen. Die Autorinnen stützen sich auf Fragen aus anderen Studien von unterschiedlichen Ländern, die das ähnliche Phänomen untersucht haben. Es wird ein Anhang zur Studie mit dem kompletten Fragebogen publiziert. Es gab eine Pilotphase, in der 10 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus unterschiedlichen Regionen Irland den Fragebogen ausgefüllt haben, um deren Verwendbarkeit sicherzustellen. Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben sich mündlich mit den Autorinnen über Satzformulierungen und das Layout ausgetauscht. In einer Re-</p>

	<p>pilot-phase haben die Autorinnen den Fragebogen nochmals überarbeitet</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nicht beschrieben, inwiefern die non-verbale Aspekte der Graphik miteinfließen und was für einen Einfluss dies hat. Der Leser/ die Leserin erhält zwar einen Eindruck, zu welchem Thema die Fragen gestellt wurden. Es gibt aber keinen Hinweis im Text, dass die Fragen im Anhang der Studie zu finden sind. Es ist fragwürdig, ob die Studie durch den quantitativen Ansatz des Fragebogens im qualitativen Teil genügend Informationen erhält. Das Aufschreiben der Erfahrungen stellt aus unserer Sicht einen höheren Aufwand dar als das Erzählen und kann demnach dem phänomenologischen Ansatz des qualitativen Studienteil nicht nachkommen. Isoliert für den qualitativen Teil der Studie ist die Methode als nicht adäquat ausgewählt zu werten. Die Autorinnen beschreiben beim qualitativen Teil der Studie keinerlei Limitationen bezüglich Methodenwahl. Daraus lässt sich schließen, dass sie sich dessen nicht bewusst sind. Die Autorinnen haben keine Kontrolle darüber, wer den Fragebogen oder den Link tatsächlich ausfüllt. Diese können willkürlich an Personen weitergegeben werden.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die <i>census sampling method</i> wurde angewandt (S. 98). Der Wunsch der Autorinnen war es, alle Ergotherapeuten in Irland zu erreichen, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllten. Diese lauteten folgendermassen (S: 98):</p> <p>Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... die nur mit Erwachsenen arbeiten (über 18 Jahre) • ...die in einem physischen Umfeld arbeiten, einschließlich Akutkrankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Kurhaus usw. • ... die bei der Health Service Executive, in halbstaatlichen oder privaten Krankenhäusern arbeiten • ... die regelmäßig DPHVs (<i>Discharge planning home visits</i>) absolvieren, mindestens einen pro Monat • ... die in der Lage sind, eine formelle Zustimmung zu geben. <p>Insgesamt wurden im Health Service Executive-Verzeichnis, sowie auf Google 52 Institutionen ausgesucht. Eine Voraussetzung war, dass es ein Ergotherapie Departement gibt. Dabei sind ländliche sowie städtische Regionen vertreten. Von den jeweiligen Institutionen wurden Senior-Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten oder Teammanager/Teammanagerinnen mit mündlichem und schriftlichem Format über das Vorhaben der Studie informiert. Wenn diese einverstanden waren, haben ihm die Autorinnen den Link des Fragebogens via <i>SPHINX data analysis package</i> oder die Fragebögen per Papier geschickt. Via diesen Beauftragten wurden die Fragebögen dann an alle Teammitglieder und Teammitgliederinnen verteilt.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Einschlusskriterien machen Sinn und stellen sicher, dass die Stichprobe relevant für die Erreichung des Forschungszieles ist.</p>

	<p>Wenn eine Institution auf die Anfrage der Autorinnen nicht geantwortet hat, wurden diese nach zwei Wochen noch einmal kontaktiert.</p> <p><i>Kritik:</i> Ob das Team einer ganzen Institution an der Studie teilnimmt, ist anhand der Meinung des Teammanagers/der Teammanagerin oder der Senior Ergotherapeutin oder Ergotherapeuten abhängig. Die Autorinnen können nämlich nicht sicherstellen, dass die Stimmen des ganzen Teams abholt werden. Es stellt sich die Frage, ob es keine Möglichkeit gab, die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten direkt anzuschreiben. Es wird nicht beschrieben, zu welchem Zeitpunkt sichergestellt wurde, dass alle Teilnehmenden den Einschlusskriterien entsprechen. Bereits zum Zeitpunkt des Ausfüllens der Studie oder wurde dies im Nachhinein gemacht? Haben die Autorinnen auf Google und im Health Service Executive-Verzeichnis wirklich alle Institutionen landesweit selektioniert?</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p><u>Antworten (S.99):</u></p> <p>Von den 52 angeschriebenen Institutionen (Studienpopulation), haben nur 23 der Teilnahme an der Studie zugestimmt. 122 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Stichprobe) haben an der Umfrage teilgenommen, davon 95 aus dem Raum Dublin. Die Einschlusskriterien geben ein Bild in welcher Art Institutionen die Teilnehmenden arbeiten. Weitere Informationen zur Grösse der Abteilungen und Arten der Institutionen (Häufigkeit, Verteilung) werden bei den Resultaten des quantitativen Teils aufgeführt</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen erwähnen in den Limitationen, dass nicht beurteilt werden kann, ob die Stichprobe repräsentativ ist. Sie können nämlich nicht abschätzen, wie gross die Studienpopulation in Anzahl Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten war. Ebenfalls wird in den Limitationen der Bias erwähnt, dass ein Grossteil der Teilnehmenden aus der städtischen Umgebung rund um Dublin kommt. Das erwähnend dieser Limitationen wird als positiv gewertet.</p> <p><i>Kritik:</i> Aufgrund des erwähnten Bias ist es fragwürdig, ob das Studienziel erreicht werden kann, die Praxis aus ganz Irland zu erfassen. Dadurch, dass nicht einmal die Hälfte der Institutionen teilgenommen haben, kommt die Frage auf, ob das Verfahren der Anfrage der Institutionen professionell und gut strukturiert war. Es fehlt auch die Information, ob die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erfahren in ihrem Beruf sind oder erst vor kurzem die Ausbildung abgeschlossen haben. Durch die Methode des Fragebogens ist es sehr schwierig, eine Sättigung der Daten zu erhalten. Es ist schwierig sicherzustellen, dass der Reichtum der Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wirklich wiedergegeben wird. Nach dem ersten Rekrutierungsdurchgang wird nicht nochmals ein erneutes Sampling in Erwägung gezogen.</p>

<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Die Zustimmung für die Teilnahme wurde mit dem Ausfüllen des Fragebogens abgegeben. Es galt als Einschlusskriterium, dass die Teilnehmenden fähig sind, eine formelle Zustimmung zu geben.</p> <p>Die ethische Genehmigung wurde vom Filterausschuss des Instituts für Pflege- und Gesundheitsforschung der Universität Ulster im Juni 2016 erteilt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of</p> <p>site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die Autorinnen beschreiben den Prozess der Erstellung des Fragebogens sowie das Sampling- und Rekrutierungsverfahren. Es wird beschrieben, dass die Autorinnen persönlich, mündlich wie auch schriftlich mit den jeweiligen zuständigen Personen der Institutionen Kontakt aufnimmt. Sie zeigen sinnvoll formulierte Einschlusskriterien auf. Wenige demografische Daten zu den Teilnehmenden werden im Text beschrieben (Organisationsgröße/Art).</p> <p><i>Kritik:</i> Es fehlt die Beschreibung, zu welchem Zeitpunkt Teilnehmende, die nicht den Einschlusskriterien entsprechen, ausgeschlossen werden. Zudem wäre es interessant, wie viele Personen ausgeschlossen werden mussten. Nachdem der Fragebogen verschickt wurde, fehlt eine Beschreibung, wie lange der Prozess des Beantwortens der Teilnehmenden gedauert hat. Es ist nicht ersichtlich, aus welcher Region die anderen 27 Teilnehmenden kommen, welche nicht aus der Grossregion Dublin sind. Es ist unklar, ob die Teilnehmenden den Fragebogen während der Arbeit oder in ihrer Freizeit ausgefüllt haben. Die Erfahrungsjahre und weitere Merkmale der Teilnehmenden zum Beispiel der Fachbereich, in welchem sie arbeiten fehlen. Die Rolle zwischen Teilnehmenden und Autorinnen wird nicht beschrieben wird. Es wird auch nicht aufgezeigt, wie sie bei Rückfragen von Teilnehmenden vorgegangen sind.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Die Studienmethode des Fragebogens ist nicht adäquat für den qualitativen Teil der Studie gewählt. Die schriftlichen Fragen lenken die Antworten der Teilnehmenden, es gibt kein Platz für spontanes ausweichen oder um aus Seiten der Autorinnen etwas nachzufragen. Dadurch können wertvolle Inputs verloren gehen. Es ist fragwürdig, wie repräsentativ dadurch die Ergebnisse des qualitativen Teils sind. Die Autorinnen nennen dies nicht als Bias.</p> <p>Die Autorinnen deklarieren keine Annahmen ihrerseits oder Studienbias. Es werden ebenfalls keine persönlichen Vorkenntnisse oder Annahmen zur Datenauswertung reflektiert, wie es bei qualitativen Forschungen üblich wäre.</p>
<p>Procedural Rigour</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p>

<p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Insgesamt wurden von 52 Institutionen die Leitung innerhalb von fünf Tagen kontaktiert und über die Studie informiert. Bei Einverständnis der Leitung wurde der Fragebogen per Mail oder per Post versandt. Falls die Autorinnen keine Antwort innerhalb zwei Wochen erhielten, fragten sie über den Status nach.</p> <p>Kritik: Es bleibt etwas unklar, in welchem Zeitraum schlussendlich die Datenerhebung stattfand. Ausserdem bleibt unklar, wie und zu welchem Zeitpunkt die Forschenden anhand der Fragebogen die Einschlusskriterien der Stichprobe überprüften.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mit der «Inhaltsanalyse» -Methode (S. 99).</p> <p><i>Positiv:</i> Die Inhaltsanalyse eignet sich grundsätzlich zum Analysieren qualitativer Daten und passt zum Design dieser Studie.</p> <p>Resultate</p> <p><u>Vorteile Hausbesuch (S.100/101):</u></p> <p>Viele Teilnehmende haben den Vorteil genannt, die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten, familiären Umfeld Zuhause zu beobachten. Eine Person äussert, dass dies schwierig sei im Spital zu simulieren. Ebenfalls wurde als Vorteil genannt, potenzielle Schwierigkeiten frühzeitig zu erkennen und entgegenzuwirken sowie eine hohe Patientensicherheit zu garantieren. Die Hausbesuche ermöglicht den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten praktische Tipps zu geben und die Unabhängigkeit der Patientinnen und Patienten zu stärken. Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nennen auch Vorteile von psychologischen Aspekten wie erhöhtes Selbstvertrauen und verminderte Angst, was zu einem leichteren Übergang vom Spital nach Hause führt.</p> <p><u>Risiken Hausbesuch (S. 101/102):</u></p> <p>Viele Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geben als Risiko an, dass sie allein arbeiten und deshalb Bedenken haben vor gefährlichen Situationen beim Hausbesuch. Es wird als Beispiel benannt, dass Angehörige aggressiv werden könnten. Ähnlich wurden auch Ängste genannt, in eine unbekannte Umgebung zu kommen, in welcher Gefahren wie Haustiere, schlechte Hygiene oder allgemein ein unmenschlicher Wohnungszustand anzutreffen sind. Als weiteres Bedenken erwähnen Teilnehmende das Risiko, dass der Patient oder die Patientin Zuhause stürzt oder ein medizinischer Notfall eintritt. Einige geben auch Sorgen an, dass Patientinnen und Patienten nach einem Hausbesuch die Rückkehr ins Spital verweigern könnten.</p> <p><u>Kriterien, welche Patientinnen und Patienten einen Hausbesuch erhalten sollten (S. 102):</u></p> <p>Die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, dass die Veränderung oder gar Verschlechterung des funktionellen oder kognitiven Status die</p>

	<p>Hauptindikation für einen Hausbesuch ist. Weitere Gründe für einen Hausbesuch sind ein verlängerter Spitalaufenthalt, das Fehlen von Unterstützung Zuhause, alleiniges Wohnen und Sicherheitstechnische Aspekte. Ein Teilnehmer fasst dies mit «lebt allein, ältere Menschen, minimale Unterstützung, verletzlich» zusammen. Gerade auch Sicherheitsrisiken, die im Zusammenhang mit einer kognitiven Einschränkung einhergingen wurden betont. (S. 102)</p> <p><u>Verbesserungsvorschläge für Hausbesuche (S. 103):</u></p> <p>Ein Grossteil der befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nennt den Bedarf an einheitlichen Checklisten, Assessments und Richtlinien. Somit könnten klare Kriterien festgelegt werden, welche Patientinnen und Patienten einen Hausbesuch benötigen. Als weiterer Verbesserungsvorschlag wurde mehr Zeit für den Hausbesuch genannt, um ein gründlicheres Assessment durchzuführen. Eine weitere wichtige Ressource wäre ein Assistent während den Hausbesuchen. Zudem nannten die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Optimierung der Transportmöglichkeiten. Im administrativen Bereich wünschen sich die Teilnehmenden eine Optimierung des Dokumentationsprozesses (z.B. durch Unterstützung von einem Sekretariat) und die Zusammenarbeit mit ambulanten Therapiestellen, bei zum Wiedereintritt gefährdeten Patientinnen und Patienten.</p> <p><u>Was macht ein Hausbesuch erfolgreich? (S. 103)</u></p> <p>Als erfolgreich wurde der Hausbesuch von den meisten Teilnehmenden beschrieben, wenn der Patient/ die Patientin schlussendlich nach Hause austritt. Dabei betonten viele die Wichtigkeit von Nachhaltigkeit und Sicherheit beim Austritt. Einige Teilnehmende sahen den Hausbesuch auch als erfolgreich an, wenn danach entschieden wird, dass der Patient/ die Patientin nicht nach Hause kann. Wichtiger ist es, dank dem Hausbesuch auf eine endgültige Entscheidung zu kommen. Ebenfalls als erfolgreich wurde ein Hausbesuch beschrieben, wenn potenzielle Gefahren beseitigt werden konnten und der Betroffene und seine Familie ein besseres Verständnis für die Umstände erhielt und sich selbstsicherer fühlten. Auch als Erfolg gewertet wurde, wenn beteiligte Personen geschult werden konnten.</p> <p><i>Positiv:</i> Aspekte werden gut aufgezeigt und mit Beispielen untermauert. Die Antworten sind nachvollziehbar. Ergotherapeutische Aspekte wie das Fördern der Selbstständigkeit und das Geben von alltagsnahen Empfehlungen wurden genannt. Zudem wurden viele Themen aufgezählt, wo Verbesserungspotenzial besteht und auch schon einige Lösungsansätze (Assistenten mitnehmen, Taxi Service, einheitliche Guidelines).</p> <p><i>Kritik:</i> Die Frage der Vorurteile und Risiken werden eher knapp beantwortet. Die Verweisung der Tabellen scheinen nicht zu stimmen. Der Text verweist auf mehrmals auf die falsche Tabelle, in der Aspekte einer anderen Frage beschrieben werden. In der Tabelle 2 “List of themes regarding the benefits of completing DPHVs” (S. 102) wird unter den Unterthemen aufgelistet, dass durch Hausbesuche die Wiedereintritte ins Spital verringert werden können. Dies wird aber im Fliesstext</p>
--	--

	<p>nirgends erwähnt. In Tabelle IV werden die Aspekte Umweltfaktoren «fehlende Zugangsmöglichkeit, fehlende Hilfsmittel, Badezimmer²» und «medizinisch fit für den Austritt» genannt. Diese werden im Fliesstext nicht wirklich erwähnt. Bei den Untertiteln in der Tabelle V wird als Verbesserungsmöglichkeit aufgelistet, dass Familienmitglieder beim Hausbesuch dabei sind. Auch dies wird im Fliesstext nicht angesprochen. Woher haben die Autorinnen diese Informationen? Es wird auch nicht differenziert, auf welches Setting (Akut, Reha etc.) sich die jeweiligen Aussagen beziehen. So wie sie formuliert sind, scheinen sie allgemein gültig zu sein. Abkürzung <i>MDT</i> nirgends erklärt oder ausgeschrieben (S. 103)</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte mit der «Inhaltsanalyse» -Methode (S. 99). Zuerst haben sich die Autorinnen mit den Daten vertraut gemacht und die Bedeutungen der Aussagen identifiziert. Danach wurden die Aussagen kodiert. Die Codes wurden anschließend analysiert und in Unterthemen unterteilt, welche dann für jede qualitative Frage in übergeordnete Themen kategorisiert wurden. Verschiedene aussagekräftige Beispiele wurden ausgesucht, um die Aussagen zu präsentieren.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen haben die Daten in aussagekräftige Überthemen gegliedert mit passenden Unterthemen.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Beschrieb der Analyse der qualitativen Daten ist sehr kurz und allgemein beschrieben. Der Leser/ die Leserin kann den Gedanken der Autorinnen bezüglich Codes/Unter- und Oberthemen wenig folgen. Es wird nicht beschrieben, wer im Prozess involviert war. Sind beide Autorinnen mit dabei? Wurden noch mehr Fachpersonen hinzugezogen? Es fehlt eine Information, ob sich die Personen, welche die Auswertung gemacht haben, jeweils einig bei der Vergabe der Codes und Themen waren. Was wurde unternommen, wenn sich die Personen nicht einig waren? So wie es scheint, haben die Teilnehmenden keine Möglichkeit, ihre Daten nochmals einzusehen, um allenfalls eine Aussage richtig zu stellen oder Ergänzungen anzufügen (Member-Checking). Ein Entscheidungsbaum zur Datenanalyse wird weder abgebildet noch erwähnt. Die Themen- und Unterthemen definition wurde nicht genauer begründet.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Die Autorinnen setzen die Resultate der Studie sehr sinnvoll in Verbindung mit den Aussagen von anderen Studien. Sie greifen dabei Studien aus der Einleitung wieder auf. Anfangs des Diskussionsteils wiederholen sie nochmals das Ziel der Studie und zeigen kurz noch einmal den Forschungsbedarf in der ausgewählten Thematik auf. Die quantitativen Ergebnisse wie zum Beispiel die Dauer eines Hausbesuches und die Dauer für die Vorbereitung wurden mit anderen Studien verglichen, um dem Leser/ der Leserin eine realistische Vorstellung</p>

	<p>der Ergebnisse zu geben. Bei der Vorbereitungszeit beispielsweise benötigen die Teilnehmenden dieser Studie weniger Zeit, eine Begründung dafür wird aber nicht gegeben. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass dies aufgrund der quantitativen Methodik des Fragebogens nicht möglich war.</p> <p>Die Autorinnen zeigen auch deutlich den Bedarf eines standardisierten Assessmenttools auf. So gaben über die Hälfte der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer an, dass sie beinahe nie ein formelles Assessmenttool brauchen, obwohl dies von anderen Autorinnen und Autoren deutlich empfohlen wird. In diesem Zusammenhang fordern die Autorinnen den Berufsverband auf, dass es wünschenswert wäre, diese Lücke mit einem einheitlichen Tool zu schliessen.</p> <p>Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dieser Studie erwähnen viele Vorteile des Hausbesuches, was im Diskussionsteil aufgegriffen wird und sich mit den Aussagen einer vorhergehenden Studie decken. Bei den Kriterien für einen Hausbesuch standen bei der vorliegenden Studie vor allem Sicherheitsaspekte und Umweltanpassungen im Vordergrund. Im Vergleich dazu entwickelten einige Autorinnen und Autoren einer anderen Studie bereits ein Instrument zum Bestimmen, wer einen Hausbesuch erhalten soll mit folgenden sieben Bereichen - Mobilität, ADL's, Soziale Unterstützung, Bereitschaft für einen Austritt, Umweltbarrieren, Wissen der Patientinnen und Patienten, medizinischer Zustand. Dabei kommen ergotherapeutische Konzepte wie der Alltag mehr zum Vorschein als in der vorliegenden Studie.</p> <p>Es wird beschrieben, dass keine vorherige Studie die Risiken für das Fachpersonal eines Hausbesuches erforschte. Die Mehrheit der Teilnehmenden dieser Studie gaben das Risiko von Aggressionen und medizinischen Vorfällen an. Die Autorinnen zeigen demnach auf, dass in diesem Bereich der Bedarf an weiterer Forschung besonders gross ist.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen haben die meisten Resultate aufgegriffen und mit mehreren Studien auf eine gute Art und Weise beleuchtet. Weiterer Forschungsbedarf wird erwähnt.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Bereiche, welche die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten während des Hausbesuches beobachten (Tabelle 1), werden in der Diskussion nicht mehr aufgegriffen. Es wäre interessant gewesen, wie die Autorinnen diese Zahlen interpretieren und ob andere Studien dies ebenfalls erforscht haben. Es wird nicht ganz auf alle Resultate eingegangen, so fehlen beispielsweise im Diskussionsteil Aussagen zu der Anzahl Hausbesuche pro Monat, zum Ablauf des Hausbesuches, zu der Nachbereitung, zu der Anzahl an Empfehlungen nach einem Hausbesuch sowie zu den Faktoren, die einen Hausbesuch als erfolgreich werten. Es ist interessant zu lesen, dass doch schon einige Instrumente zur standardisierten Durchführung eines Hausbesuchs bestehen (das von Boronowski et al oder die angegebenen verwendeten Tools wie das SAFER Tool oder HOMEFAST), jedoch kaum benutzt werden. Was könnten dafür Gründe dahinterstecken? Muss dies eventuell in der weiteren Literatur erforscht werden?</p>
--	--

<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p> <p>Die Anzahl der befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (N=122) ist für den qualitativen Teil als ausreichend, um die Ergebnisse als aussagekräftig zu beschreiben. Die Aussagen der Studie sind gut nachvollziehbar. Durch den Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden konnte das Thema bereiter beleuchtet werden.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Autorinnen haben keine der Haupttriangulationen erreicht. Es wurde für den quantitativen wie auch für den qualitativen Teil der Studie nur eine Methode (Fragebogen) zur Datenerhebung genutzt. Vor allem im qualitativen Teil wurden die teilnehmenden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durch die schriftlichen Fragen geführt und es gab keine Möglichkeit für Rückfragen und Ergänzungen, was nicht als Bias deklariert wurde. Die Autorinnen beschreiben keine Strategien, um Bias bei der Auswertung zu verhindern. Weiter wurde kein Member-Checking durchgeführt, das heisst die Teilnehmenden konnten die Richtigkeit der Interpretationen nicht rückbestätigen.</p> <p>Transferability (Übertragbarkeit auf andere Kontexte)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen haben passend zum Forschungsziel Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus dem ganzen Land Irland angefragt, was eine passende Studienpopulation darstellt. Die Autorinnen reflektieren die Übertragbarkeit auf die gesamte Bevölkerung kritisch, da die Antwortrate der städtischen Personengruppe ungewollt deutlich höher war.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nirgends beschrieben, in welcher Fachrichtung die befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten arbeiten. Dies macht es schwierig, die Ergebnisse auf spezifische Patientengruppen anzuwenden. Ebenfalls wird nicht beschrieben, ob die Teilnehmenden erfahren in ihrem Beruf sind oder nicht. Dies hat möglicherweise einen Einfluss auf die Ausführung des Hausbesuches.</p> <p>Dependability (Verlässlichkeit in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit)</p> <p><i>Kritik:</i> Der Teil der Datenauswertung des qualitativen Teils wurde nur sehr kurz beschrieben. Es ist schwierig nachzuvollziehen, wie die Codes und Ober-/Unterthemen vergeben wurden. Es wird kein Entscheidungsbaum oder Begründung der Themen angegeben. Ebenfalls beschreiben die Autorinnen nicht, wie sie bei Uneinigkeiten vorgegangen sind.</p> <p>Confirmability (Bestätigbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Es gibt eine Pilotphase, in der der Fragebogen durch 10 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf seine Durchführbarkeit geprüft wurde. Diese wurden aber im Verlauf der Auswertung nicht mehr erwähnt. Es scheint, als ob diese nicht mehr hinzugezogen wurden. Im</p>
--	---

	<p>Ergebnisteil werden die Resultate mit plausiblen Zitaten empirisch verankert.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Forschungsteam bestand nur aus zwei Personen und es wird nicht erwähnt, inwiefern der Austausch bei der Datenanalyse stattgefunden hat. Sie schreiben weder eine Reflexionstagebuch noch wird beschrieben, dass sie sich darüber austauschen. Die Grösse des Forschungsteams stellt dies ebenfalls nicht sicher, da es nur aus zwei Personen besteht.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Der qualitative Teil dieser Studie ist sehr relevant für unsere Bachelorarbeit. Die erwähnten Vorteile, Risiken und Kriterien sind wertvolle Informationen für die Beantwortung unserer Fragestellung. Obwohl die Autorinnen nicht angeben, in welchem Fachbereich die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten arbeiten, können die Ergebnisse für unsere Population (Erwachsene nach Schlaganfall) wertvoll sein, da ein Mangel an Forschung in diesem Fachgebiet besteht. Die Kriterien, welche Personen einen Hausbesuch bekommen sollen, können gut mit den Ergebnissen von unseren anderen Hauptstudien in Verbindung gesetzt werden. Der aufgezeigte Bedarf an weiterer Forschung ist ebenfalls wichtig für uns, da auch wir weiterführende Fragen aufzeigen sollen. Trotzdem müssen wir aufgrund der hohen Anzahl Mängel dieser Studie für die qualitative Forschung die Resultate mit viel Vorsicht und reflektiert benutzen.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Konklusion und Implikationen</p> <p>Die Konklusion ist sehr kurzgefasst und greift nochmals auf, dass Hausbesuche in Irland sehr hoch gewertet werden und sehr routiniert durchgeführt werden. Die Autorinnen weisen nochmals auf Hindernisse wie die Zeit- und Ressourcenintensivität und den erwähnten Risiken hin. Weiter zeigen sie nochmals den Bedarf an Standardisierung und weiterer Forschung auf. Aus Sicht der Autorinnen besteht ein Bedarf, die klinische Praxis der Hausbesuche in Irland zu rechtfertigen.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Konklusion ist zu kurzgefasst und benennt nicht konkret die wichtigsten Punkte der Studie. Sie lässt den Leser nicht einen Überblick über die Inhalte erhalten.</p> <p>Limitationen</p> <p>Es werden folgende Limitationen beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Studienergebnisse werden von den Teilnehmenden erzählt und nicht im Alltag beobachtet. Es kann demnach sein, dass es zu Abweichungen zwischen den Erzählungen und der Realität kommt.

	<ul style="list-style-type: none"> - Regionen-Bias: 95 % der Teilnehmenden kommen aus einer Region in Irland. Deshalb verringert sich die Chance, die Ergebnisse für das ganze Land zu generalisieren. - Aufgrund ihrer Vorgehensweise bei der Populationsauswahl wissen die Autorinnen die Anzahl der angefragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nicht. Demnach sind sie sich nicht sicher, ob die Stichprobe von 122 Personen repräsentativ ist. <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen sind kritisch in Bezug auf die Repräsentation der Daten und die Generalisierbarkeit auf das ganze Land. Das ist eine wichtige Erkenntnis in Bezug auf das Forschungsziel.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Methode des Fragebogens für die Erhebung qualitativer Daten wird nirgends als Limitation beschrieben. Dies sehr fragwürdig, da aus unserer Sicht die Daten nicht die gleiche Qualität wie bei einem Interview oder einer anderen qualitativen Methodik haben.</p>
--	--

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 2 nach Law et al. (1998)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

TITEL:

Davis, A. J., & Mc, C. P. (2019). An exploratory study of discharge planning home visits within an Irish context – investigating nationwide practice and nationwide perspectives. <i>Irish Journal of Occupational Therapy</i> , 47(2), 95–113. https://doi.org/10.1108/IJOT-10-2018-0015	
	Kommentare
ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? Siehe Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) für diese Studie.
LITERATUR: Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Siehe Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) für diese Studie.
DESIGN: <input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input checked="" type="checkbox"/> (Querschnittstudie) <input type="checkbox"/> Fallstudie <input checked="" type="checkbox"/> Other: Mixed Method	Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)? Das Forschungsziel hat einen quantitativen und einen qualitativen Anteil. Es handelt sich dabei um eine explorative Mixed Methods Studie, bei welcher die Datenerhebung <i>concurrent</i> (gleichzeitig) erfolgt und die ein Triangulation Design aufweist. Die Autorinnen unterscheiden ihr Vorgehen bei der Erhebung und Analyse der Daten. In diesem Formular wird die Güte des quantitativen Teils untersucht (erster und zweiter Teil des Fragebogens). Im quantitativen Teil wird ein Querschnittsdesign ersichtlich, dies wird nicht explizit erwähnt, kann jedoch hergeleitet werden. Das Forschungsziel, die momentane Praxis in Irland bezüglich Hausbesuchen zu untersuchen, wurde anhand eines Fragebogens durchgeführt (S.97). Das Frageformat entspricht einer Likert-Skala mit 5 Stufen (Abstract, S.95) <u>Erster Teil (S. 97)</u>

	<p>Der erste Teil hat zum Ziel, ordinale Daten wie der Typ von Arbeitsplatz (Stadt/Land) grösser der Institution (Anzahl Betten), Anzahl Hausbesuche per Monat, Dauer der Hausbesuche und Anzahl Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu erfragen.</p> <p><u>Zweiter Teil (S. 98):</u></p> <p>Die Autorinnen gliedern die Fragen in drei Teile: Fragen zur Vorbereitung für den Besuch, Fragen zur Durchführung selbst und Fragen zur Nachbereitung. Der erste Teil hatte zum Ziel herauszufinden, wieviel Vorbereitung für einen Hausbesuch notwendig ist. Der zweite Teil untersucht die folgenden fünf Bereiche: Zugang, Sicherheit, drei Aspekte von Aktivitäten aus dem Alltag (<i>Personal activities of daily living, domestic activities of daily living, instrumental activities of daily living</i>). Der dritte Teil erfragte die Routine nach dem Hausbesuch. Dabei wurde vor allem erfragt, ob Empfehlungen nach dem Hausbesuch abgegeben werden.</p> <p><i>Positiv:</i> Das Forschungsdesign des Fragebogens scheint passend für den quantitativen Teil. Die Autorinnen teilen die Fragen sinnvoll in drei Teile auf, um eine logische Gliederung zu erhalten. Zudem wird im zweiten Teil zwischen vor, während und nach dem Besuch unterschieden. Dies gibt einerseits den befragten Personen Struktur, andererseits gibt es auch dem Leser/ der Leserin einen roten Faden. Die Fragen des Fragebogens werden mit passender Literatur begründet.</p> <p><i>Kritik:</i> Bei den ordinalen Daten fehlt die Information, wie erfahren die jeweiligen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in ihrem Beruf sind. Es kommt die Frage auf, in welchen Fachbereichen die jeweiligen Therapeuten tätig sind. Die Studie gibt keine Antwort auf diese Frage.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Die Autorinnen geben in den Limitationen an, dass sie nicht einschätzen können, ob die Stichgrösse repräsentativ ist. Es könnte sich um einen Selektionsbias handeln. Dies würde dazu führen, dass die Aussagen der Studie nicht verallgemeinert werden können. Ebenfalls reflektieren die Autorinnen in den Limitationen, dass die Aussagen aus Erzählungen stammen und nicht aus Beobachtungen. Es kann deshalb dazu kommen, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sozial erwünscht antworten (<i>Social Bias</i>). Als Ergebnis daraus wären die Aussagen nicht mehr wahrheitsgetreu und würden nicht die momentane Praxis in Irland abbilden. Da die Teilnahme an der Umfrage freiwillig war und viele Personen angeschrieben wurden, kann auch der <i>Non-Response Bias</i> auftreten, indem sich die Gruppe, die teilnimmt von der Gruppe, die nicht teilnimmt in wesentlichen Merkmalen unterscheidet. Es kann z.B. sein, dass Personen, die teilnehmen eine</p>
--	--

	<p>stärkere Meinung zum Thema vertreten oder sich allgemein mehr für Wissenschaft interessieren als Personen, die nicht teilnehmen.</p>
<p>STICHPROBE</p> <p>N= 122</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Siehe Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) für diese Studie.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Siehe Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) für diese Studie.</p>
<p>ERGEBNISSE (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</p> <p>Die Messungen wurden einmalig mittels Fragebogen mit 5-Stufen Likert Skala durchgeführt.</p> <p>Die Datenanalyse wurde mittels <i>SPHINX data analysis package</i> durchgeführt. Alle Daten wurden in das Programm eingespielen. Deskriptive Daten wurden in Form von Übersichtsstatistiken erhoben, um eine Zusammenfassung der Beantwortungen zu erhalten. Zentrale Tendenzen wie Mittelwert, Median und Standardabweichung wurden ausgerechnet, um eine grosse Menge an Daten zusammenzufassen.</p> <p><i>Kritik:</i> Scheinbar wurden zentrale Tendenzen wie Mittelwert, Median und Standardabweichung gemessen, allerdings nirgends in der Studie ausgewiesen. Es wird nichts über die Reliabilität oder Validität des Fragebogens erwähnt. Es gilt sich zu fragen, ob obwohl die Autorinnen den Fragebogen mittels Literatur erstellt haben, alle relevanten Konzepte erfragt wurden. Vielleicht wäre nach jedem Thema ein Freitextfeld für Ergänzungen sinnvoll gewesen. Es ist nicht klar gegeben, dass das Konstrukt präzise und umfassend gemessen wird. Dies verringert die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich. Die Items auf dem Bogen fragen teilweise nach Schätzungen (z.B. ungefähr Zeit aufgewendet pro Hausbesuch). Erstens sind Schätzungen meist ungenau und zweitens geht aus der bestehenden Literatur hervor, dass Hausbesuche von Mal zu Mal sehr unterschiedlich sind. Somit wird es schwer sein, sich auf eine Kategorie festzulegen und diese zu verallgemeinern.</p>

	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="608 510 991 607">Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</th> <th data-bbox="991 510 1382 607">Listen Sie die verwendeten Messungen auf</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="608 622 1382 660">Demografische Daten</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 674 991 712">Name des Arbeitsorts</td> <td data-bbox="991 674 1382 712">Freitext</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 725 991 763">Anzahl Betten</td> <td data-bbox="991 725 1382 763">Likert Skala (LS)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 777 991 815">Anzahl Therapeutpersonal</td> <td data-bbox="991 777 1382 815">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 828 991 866">Anzahl Besuche pro Monat</td> <td data-bbox="991 828 1382 866">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 880 991 954">Dauer pro Hausbesuch (ohne Reisezeit)</td> <td data-bbox="991 880 1382 954">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 967 991 1041">Durchschnittliche Zeit für Dokumentation</td> <td data-bbox="991 967 1382 1041">LS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="608 1055 1382 1093">Vor dem Besuch</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1106 991 1144">3 Aussagen zum Vorgehen</td> <td data-bbox="991 1106 1382 1144">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1158 991 1196">Vorbereitungszeit</td> <td data-bbox="991 1158 1382 1196">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1209 991 1247">Inhalt der Tasche</td> <td data-bbox="991 1209 1382 1247">Multiple Choice (MC)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="608 1261 1382 1299">Während des Besuchs</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1312 991 1350">5 Aussagen zum Zugang</td> <td data-bbox="991 1312 1382 1350"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1364 991 1438">7 Aussagen zu persönliche ADL's</td> <td data-bbox="991 1364 1382 1438">LS LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1451 991 1525">5 Aussagen zu häuslichen ADL's</td> <td data-bbox="991 1451 1382 1525">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1538 991 1612">6 Aussagen zu instrumentellen ADL's</td> <td data-bbox="991 1538 1382 1612">LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1626 991 1664">8 Aussagen zur Sicherheit</td> <td data-bbox="991 1626 1382 1664"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="608 1677 1382 1715">Nach dem Besuch</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1729 991 1803">9 Aussagen zur Nachbereitung</td> <td data-bbox="991 1729 1382 1803">LS LS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 1816 991 1890">Anzahl Empfehlungen nach dem Besuch</td> <td data-bbox="991 1816 1382 1890"></td> </tr> </tbody> </table>	Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)	Listen Sie die verwendeten Messungen auf	Demografische Daten		Name des Arbeitsorts	Freitext	Anzahl Betten	Likert Skala (LS)	Anzahl Therapeutpersonal	LS	Anzahl Besuche pro Monat	LS	Dauer pro Hausbesuch (ohne Reisezeit)	LS	Durchschnittliche Zeit für Dokumentation	LS	Vor dem Besuch		3 Aussagen zum Vorgehen	LS	Vorbereitungszeit	LS	Inhalt der Tasche	Multiple Choice (MC)	Während des Besuchs		5 Aussagen zum Zugang		7 Aussagen zu persönliche ADL's	LS LS	5 Aussagen zu häuslichen ADL's	LS	6 Aussagen zu instrumentellen ADL's	LS	8 Aussagen zur Sicherheit		Nach dem Besuch		9 Aussagen zur Nachbereitung	LS LS	Anzahl Empfehlungen nach dem Besuch	
Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)	Listen Sie die verwendeten Messungen auf																																										
Demografische Daten																																											
Name des Arbeitsorts	Freitext																																										
Anzahl Betten	Likert Skala (LS)																																										
Anzahl Therapeutpersonal	LS																																										
Anzahl Besuche pro Monat	LS																																										
Dauer pro Hausbesuch (ohne Reisezeit)	LS																																										
Durchschnittliche Zeit für Dokumentation	LS																																										
Vor dem Besuch																																											
3 Aussagen zum Vorgehen	LS																																										
Vorbereitungszeit	LS																																										
Inhalt der Tasche	Multiple Choice (MC)																																										
Während des Besuchs																																											
5 Aussagen zum Zugang																																											
7 Aussagen zu persönliche ADL's	LS LS																																										
5 Aussagen zu häuslichen ADL's	LS																																										
6 Aussagen zu instrumentellen ADL's	LS																																										
8 Aussagen zur Sicherheit																																											
Nach dem Besuch																																											
9 Aussagen zur Nachbereitung	LS LS																																										
Anzahl Empfehlungen nach dem Besuch																																											
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p>																																										

<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> entfällt Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> entfällt	<p>Es wurden keine Massnahmen durchgeführt, sondern nur Personen befragt. Der Prozess der Befragung ist klar.</p> <p>Positiv: Der komplette Fragebogen wurde im Anhang publiziert.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> entfällt <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben (entfällt)	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Ergebnisse (S. 100)</p> <p><u>Anzahl Hausbesuche</u></p> <p>44 % der Teilnehmenden führten zwischen 2-5 Hausbesuche pro Monat durch, 8 % zwischen 5-9, 1.7 % zwischen 10-14 und 0.8 % über 15.</p> <p><u>Grösse des Departements Ergotherapie</u></p> <p>Die Grösse des Departements Ergotherapie variierte in 40 % der Teilnehmenden zwischen 21-25+ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. In 34.5 % arbeiteten weniger als 10 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in deren Departement.</p> <p><u>Grösse Spital/Institution</u></p> <p>Über die Hälfte der Teilnehmenden arbeiten in einem grossen Akutspital über 201 Betten. 16 % arbeiten in einem kleineren Setting mit weniger als 100 Betten.</p> <p><u>Dauer Hausbesuch</u></p> <p>Die Dauer der Hausbesuche variierte zwischen 1h bis 1h 30 min bei über der Hälfte der Teilnehmenden. 12 Teilnehmer</p>

	<p>berichteten über 2h zu haben, die Reisezeit ist dabei noch nicht inklusive. 77 % geben an, zwischen 15 und 45 Minuten Vorbereitungszeit zu haben. 12 Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten von weniger als 15 Minuten und zwei Personen benötigen mehr als eine Stunde. Für die Dokumentation geben 41 % der Teilnehmenden an, zwischen 1h und 1h 30 Minuten zu benötigen. 67 Teilnehmerinnen und Teilnehmer berechnen ca. 30 Minuten bis 1h für den Bericht. Nur 3 % geben an, weniger als 30 Minuten zu benötigen.</p> <p><u>Standardisierte Tools</u></p> <p>56.7 % benötigen fast nie ein standardisiertes Assessment. Die 12.5 %, die immer ein Tool benutzen, berichteten vom SAFER Tool, HOMEFAST oder einer institutionseigenen Checkliste.</p> <p><u>Tascheninhalt</u></p> <p>Über 93 % der Teilnehmenden nehmen für den Hausbesuch ein Mobile Phone, Messband und Handschuhe mit. Nur 9 % haben ein Alarm dabei und 56 % eine kardio-pulmonale Wiederbelebungsmaske.</p> <p><u>Anzahl Empfehlungen</u></p> <p>70 % der befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geben zwischen 5 und 10 Empfehlungen nach einem Hausbesuch ab. Nur 4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sprechen über 15 Empfehlungen aus und 12 % weniger als 5 Empfehlungen.</p> <p><u>Klinische Praxis</u></p> <p>Tabelle 1 zeigt, welche Bereiche die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten während eines Hausbesuches abdecken. Die Prozente sind all jene, welche „immer“ oder „meistens“ beim Fragebogen angekreuzt werden. Gemäss diesen Angaben werden die Bereiche „Stolperfallen“, „Mobilität im Gang“ und „Bett Transfer“ zu 100 % immer angeschaut. Ebenfalls über 99 % haben die Bereiche „Abgabe einer Kopie des Berichts in die Akte“, „Eingangsbereich“, „Sturzgefahr“ und „Toillettentransfer“ angegeben.</p> <p><i>Kritik:</i> Obwohl gemäss Datenanalyseverfahren die Massen der zentralen Tendenz (Mittelwert, Standardabweichung, Median) errechnet wurde, sind diese nicht ausgewiesen. Andererseits sind diese Masse bei einer Likert-Skala auch nur mittelmäßig aussagekräftig. Die Autorinnen weisen zum Teil Ergebnisse in Prozentzahlen aus, zum Teil in Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Dies macht es sehr schwierig, Vergleiche zu machen und den Überblick zu behalten. Die angegebenen Prozentzahlen geben kumuliert meist nicht über 80 % der Antworten an. Es ist fragwürdig, was mit den restlichen Prozenten ist. Die Daten sind nicht übersichtlich und umfänglich aus dem Text zu lesen. Eine Darstellung mittels mehrerer Tabellen hätte geholfen.</p>
--	---

	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Aufgrund des explorativen beschreibenden Designs wurden weder Unterschiede noch Zusammenhänge gemessen. Somit bestand auch kein Signifikanzniveau.</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es gab nur ein Messzeitpunkt, was dazu führt, dass es zu keinen Ausschlüssen kam. In der Studie wurden zwar passende Einschlusskriterien formuliert. Es wird aber nicht beschrieben, zu welchem Zeitpunkt diese zum Tragen gekommen sind. Deshalb habe ich als Leserin zu wenig Informationen um die Frage zu beantworten, ob nach dem Ausfüllen des Fragebogens noch Personen ausgeschlossen wurden.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Siehe Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien von Letts et al. (2007) für diese Studie.</p>

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 3 nach Law et al. (1998)

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

TITEL:

Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C., & Sprigg, N. (2012). Occupational Therapy PredischARGE Home Visits for Patients with a Stroke: What is National Practice? <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 75(9), 396–402. https://doi.org/10.4276/030802212X13470263980711	
	Kommentare
<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>(S.397) Das Ziel der Studie war es, Daten über die aktuelle Durchführung von Hausbesuchen bei stationären Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall zu sammeln und damit die Praxis zu beschreiben. Die Fragestellung lautet: Wie sieht das routinierte ergotherapeutische Vorgehen bei der Durchführung von Hausbesuchen vor Austritt bei Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall aus?</p> <p><i>Positiv:</i> Es wird eine spezifische Zielsetzung und Fragestellung präsentiert.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Ort/das Land für welche die Daten gesammelt werden, wird nicht explizit erwähnt. Erst im Methodenteil kommt heraus, dass es England umfasst (nicht die ganze UK).</p> <p>Die Studie beleuchtet die Praxis von Hausbesuchen vor Austritt bei Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall genauer. Dies könnte interessant sein zur Beantwortung unserer Fragestellung.</p>
<p>LITERATUR:</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>(S. 396) Ein Hausbesuch vor Austritt unterscheidet sich von einem Zugangsbesuch oder einem Austrittsbesuch. Beim Zugangsbesuch gehen die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ohne die Betroffenen vor Ort und begutachten die Umwelt zu Hause. Bei einem Austrittsbesuch begleitet die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut Betroffene nach Hause für den Austritt, es folgt keine Rückkehr der Betroffenen ins Spital.</p> <p>In der bisherigen Literatur wird der Zweck der Hausbesuche vor Austritt folgendermassen beschrieben: 1) um Bedenken anzusprechen, welche durch funktionelle Veränderung des Körpers aufgrund einer medizinischen Diagnose entstanden</p>

	<p>oder 2) um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu Hause nach Austritt zu erhöhen.</p> <p>Es wurde bisher wenig Literatur zu Hausbesuchen vor Austritt veröffentlicht.</p> <p>(S. 396) Eine Studie brachte hervor, dass aus Befragungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in dem UK, die im akuten geriatrischen Setting arbeiten, 65 % der Teilnehmenden zwischen 11 und 40 Hausbesuche pro Monat machen, 11 % machen sogar über 60 Hausbesuche pro Monat. 30 % absolvierten die Besuche mit mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten.</p> <p>(S.397) Andere Autorinnen und Autoren befragten Institutionen in Australien. Dort werden durchschnittlich 13 Hausbesuche pro Monat durchgeführt (grosse Range von 1 bis 60). Auch dort werden in über 40 % der befragten Spitäler bei der Hälfte der Patientinnen und Patienten Hausbesuche durchgeführt. Hausbesuche dauerten durchschnittlich 1 Stunde und 20 Minuten (2h mit Reisezeit).</p> <p>(S.397) Die vorhandene Literatur beschreibt somit, dass Hausbesuche vor Austritt eine häufige Intervention bei geriatrischen Patientinnen und Patienten im Akutsetting sind. Mit Blick auf den Schlaganfall zeigte das 2006 durchgeführte <i>National Sentinel Stroke Audit</i>, dass 73 % der Betroffenen einen Hausbesuch vor Austritt haben. Das würde darauf hindeuten, dass auch bei diesen Patientinnen und Patienten Hausbesuche regelmässig durchgeführt würden. Zur Praxis und Durchführung in diesem Setting ist sehr wenig bekannt. Es ist unklar, ob regionale Unterschiede in der Anzahl der Durchführungen bestehen, wer normalerweise am Besuch teilnimmt, wie die gesammelten Informationen während des Besuchs kommuniziert werden, wie viel Zeit die Besuche in Anspruch nehmen, welche Standardausrüstung notwendig ist und was Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oftmals zum Besuch mitnehmen.</p> <p><i>Positiv:</i> Forschungsbedarf wird klar aus der mangelnden Literatur im Bereich ergotherapeutische Hausbesuche und explizit im Setting mit Schlaganfallpatientinnen und -patienten aufgezeigt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nicht klar Bezug genommen zum Ort der Durchführung (England, eben nicht die ganze UK). Die Ergebnisse der vorhandenen Literatur werden detailliert aufgeführt, es fehlt jedoch ein Kommentar zur bemerkenswert grossen Streuung und scheinbar grossen Varianz der Anzahl durchgeführten Hausbesuche pro Monat (z.T. Range zwischen 11-40 oder 1 bis 60).</p>
DESIGN:	Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur

<input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input checked="" type="checkbox"/> (Querschnittstudie) <input type="checkbox"/> Fallstudie	<p>betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Das Design der Studie wurde von den Autorinnen und Autoren nirgends erwähnt. Anhand der Charakteristika und der Forschungsfrage lässt sich auf eine quantitative Querschnittstudie schließen.</p> <p><i>Positiv:</i> Da es zum Thema Hausbesuche vor Austritt bei Patientinnen und Patienten noch allgemein sehr wenig Literatur gibt und dies die erste Studie im betreffenden Kontext England war, eignet sich das gewählte Design gut. Die Querschnittstudie ermöglicht eine kostengünstige Variante, um einen ersten Überblick zum Thema zu erhalten. Die Autorinnen und Autoren gehen induktiv vor, indem sie neue Informationen generieren wollen und so einen ersten Standpunkt festlegen. Das Design ist zudem deskriptiv, was zum Forschungsziel passt eine Hypothese oder Aussage zum Kontext der UK zu generieren. Die beschriebenen Fragen decken den aufgezeigten Forschungsbedarf ab.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Design wurde von den Autorinnen und Autoren nirgends erwähnt. Es fragt sich, ob die retrospektive Datensammlung sinnvoll war. Die Teilnehmenden mussten den Fragebogen innerhalb 3 Wochen (wurde nachträglich verlängert) zurückschicken und Daten von vergangenen Monaten angeben. Einige hatten dazu keine Statistik und mussten die ungefähren Werte schätzen, was das Ergebnis beeinflussen könnte. Die Autorinnen und Autoren hätten die Teilnehmenden auch während eines bestimmten Zeitraumes die aktuellen Daten notieren lassen können.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Systematische Fehler</p> <p><u>Stichprobe: Non- Response Bias</u></p> <p>Die Teilnehmenden konnten freiwillig entscheiden, ob sie den Fragebogen ausfüllen. Dadurch haben Personen, die eine starke Meinung zum Thema vertreten wahrscheinlich eher den Fragebogen ausgefüllt als solche, deren Gleichgültigkeit höher ist. Da die Meinungen in verschiedene Richtungen stark sein können, kann dies die Ergebnisse auch in verschiedene Richtungen beeinflussen.</p> <p><u>Antworten</u></p> <p>Da die Daten retrospektiv erfasst wurden, mussten die Teilnehmenden teilweise Daten aus ihren Erinnerungen hervorruufen. Dies kann zu einer Verzerrung kommen, da sie einerseits beim Schätzen daneben liegen oder etwas übertreiben, um</p>
---	--

	<p>ihre starke Meinung (non-response bias) besser zu vertreten. (Beispiel: Jemand empfindet den Aufwand für Hausbesuche als sehr belastend: diese Person rundet vielleicht bei der verwendeten Zeiten für die Dokumentation und Organisation grosszügig auf).</p> <p><u>Masszahlen in Vergleich setzen</u></p> <p>Die Anzahl durchgeführter Hausbesuche werden direkt miteinander in Vergleich gestellt. Es gibt jedoch keine Angaben im Verhältnis der Grösse (Bettenanzahl, Patientenanzahl oder Mitarbeiteranzahl) der einzelnen Institutionen. So ist die Range sehr gross, natürlicherweise führte eine Abteilung mit 50 Betten mehr Hausbesuche durch als eine Abteilung mit 10 Betten. Dies wird in der Studie nicht beachtet. Somit wird die Range künstlich vergrössert.</p> <p><u>Zeit</u></p> <p>Die Messung über zwei Monate im Frühling repräsentiert nicht Werte für das ganze Jahr. Die Jahreszeit kann Einfluss haben, wie viele Hausbesuche durchgeführt werden, z.B. kann aufgrund schlechter Wetterverhältnisse die Anzahl nochmals sinken.</p> <p>Ausserdem fragt sich, ob nicht ein prospektives Design geeigneter gewesen wäre, in dem die Teilnehmenden, während einem bestimmten Zeitraum die Daten notiert hätten. So wäre die Datenerhebung genauer möglich gewesen.</p> <p><u>Selbstentwickeltes Messinstrument</u></p> <p>Der Fragebogen wurde von den Autorinnen und Autoren selbst entwickelt, einerseits durch die Ableitung eines vorhandenen Fragebogens und andererseits durch Bezug von Literatur und die Rücksprache mit Fachpersonen aus der Praxis und Forschung. Somit wurden ziemlich viele Personen zur Überprüfung beigezogen, was positiv betrachtet werden kann. Trotzdem könnte es sein, dass der Fragebogen nicht das ganze Konstrukt abfragt und noch Optionen zum Auswählen fehlen. Sicherlich ist zu beachten, dass die Teilnehmenden durch die Antwortmöglichkeiten gewissermassen geführt und beeinflusst wurden. Immerhin haben die Autorinnen und Autoren an vielen Orten ein Freitext Kommentarfeld gesetzt, wo solche Inhalte noch ergänzt werden konnten.</p>
<p>STICHPROBE</p> <p>N= 85</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p><u>Stichproben Rekrutierung (S. 397, letzter Absatz – S.398 erster Absatz)</u></p> <p>Der Fragebogen mit einem Begleitbrief zur Erklärung wurde an 184 Spitäler mit einer Abteilung für Schlaganfälle aufgrund einer Liste vom <i>Royal College of Physicians National Sentinel</i></p>

<p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p><i>Stroke Audit 2010</i> zugesandt. Falls ein Spital zwei verschiedene Abteilungen besass (z.B. Rehabilitation und Akutstation) konnten diese je ein Fragebogen ausfüllen. Den Teilnehmenden wurde ein Zertifikat zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt als Belohnung für die Teilnahme angeboten. Die Fragebogen wurden mit geografischen Codes versehen, damit anonymisiert die Herkunft der Daten sichergestellt wurde. Zudem wurde die Studie noch per E-Mail bei den Mitgliedern des <i>College of Occupational Therapists for older people and neurological practice</i> beworben. Die Frist für die Beantwortung wurde anfänglich auf 3 Wochen festgelegt, was später dann noch verlängert wurde, da einige um mehr Zeit baten. Ein Erinnerungsmail an die erwähnten Mitglieder versandt, keine briefliche Erinnerung wurde versandt.</p> <p><u>Stichprobenmerkmale (S. 398)</u></p> <p>87 Fragebogen wurden retourniert aus 81 Institutionen (6 Institutionen sendeten zwei separate Fragebogen für die Akutabteilung und die Rehabilitation). 2 Fragebogen wurden zu spät eingeschickt und konnten nicht mehr berücksichtigt werden, somit beträgt die Stichprobe am Ende 85.</p> <p>Antworten wurden aus 10 Regionen von England erhalten, der grösste Teil aus <i>West Midlands</i>. Die geografische Streuung wird in Grafik 1 dargestellt mit Anzahl und %-Zahl pro Region. Bezüglich der Setting kamen 34 % (29) aus gemischten Abteilungen, 31 % (26) aus Rehabilitationen, 31 % (26) aus Akutstationen und 3 % (3) aus anderen Setting Arten. Bei einem Fragebogen fehlte die Antwort (1 %). Die Durchschnittliche Bettenzahl betrug 24 (range 8-76, mean 24.15). 69 % der Institutionen besitzen ein <i>community intermediate care team</i>, 55 % ein <i>community stroke team</i>, 46 % ein <i>neurological/stroke outpatient service</i> und 43 % ein <i>early support discharge team</i> als Ressource zur Nachsorge nach dem Austritt.</p> <p><i>Positiv:</i> Es sind viele Informationen zur Stichprobe bekannt wie geografische Streuung, Arten der Abteilung usw. Die Daten sind geographisch gut verteilt und auch die verschiedenen Settings sind relativ gleichmässig vertreten.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wäre interessant zu wissen, ob der Fragebogen jeweils von einer Person ausgefüllt wurde oder vom ganzen Behandlungsteam. Die Fragebögen wurden der ergotherapeutischen Leitung der jeweiligen Schlaganfall-Abteilung zugeschickt. Es besteht somit die Gefahr, dass bei einer Abneigung der Leitung gegenüber der Studie die ganze Institution nicht teilnimmt. Ausserdem wird die durchschnittliche Bettenzahl angegeben, jedoch wird dies nicht auf einzelne Institutionen angegeben oder in der Darstellung der Anzahl Hausbesuche pro Institution miteingerechnet. Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien zu den Stichproben genannt. Es wird erwähnt, dass die Eingabefrist von 3 Wochen noch verlängert wurde. Es</p>
--	---

	<p>fehlt die Angabe, um wie lange die Frist verlängert wurde. Dies wäre wichtig für die Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Studie.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>(S. 398) Die ethische Zustimmung wurde im Rahmen der <i>Home Visit after Stroke (HOVIS)</i> Studie inklusive der Verwaltung des Fragebogens vom <i>Bekshire Research Ethics Committee</i> im Mai 2010 eingeholt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nichts zur Zustimmung der Teilnehmenden beschrieben.</p>	
<p>ERGEBNISSE (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post-follow up)).</p> <p>Einmalige Messung mittels selbst entwickeltem respektive abgewandeltem Fragebogen. Dies ist für das gewählte Design angemessen.</p> <p><i>Positiv:</i> Der Fragebogen wurde zur Prüfung zuerst an sechs lokale Therapeutinnen und Therapeuten und vier Forschende gesandt. Keine grossen Anpassungen mussten gemacht werden. Einige Formulierungen und das Layout wurden noch verbessert.</p> <p><i>Kritik:</i> Zum Messinstrument Fragebogen wurden keine Aussagen bezüglich Reliabilität und Validität gemacht. Da der Fragebogen nach klaren Daten fragt, scheinen die verschiedenen Items das Richtige zu messen.</p>	
	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>Demografische Daten:</p> <p>Art der Abteilung</p> <p>Durchschnittliche Bettenzahl</p> <p>Follow-up Service</p> <p>Durchschnittliche Aufenthaltsdauer</p> <p>Outcome Bereiche</p> <p><u>Anzahl an durchgeführten Hausbesuchen</u></p> <p>Proportion von Patienten die einen Hausbesuch</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Unbekannt – wahrscheinlich Single Choice (SC)</p> <p>Freitext</p> <p>Unbekannt</p> <p>Freitext</p> <p>Freitext</p> <p>Unbekannt – wahrscheinlich Likert Skala (LS)</p>

	erhalten im Vergleich zu allen Patienten	
	Quelle der Daten	SC
	Gründe einen Hausbesuch zu machen	MC
	Freitext Kommentar	Freitext
	<u>Zeit verbracht</u>	
	Zeit zu Hause vor Ort	Freitext
	Zeit zur Dokumentation	Freitext
	Zeit für Organisation des Besuchs	Freitext
	Reisezeit	Freitext
	Zeit Total	Freitext
	<u>Prozess rund um den Hausbesuch</u>	
	Begleitpersonen ja/ nein	SC
	Art der Begleitperson	Unbekannt ob Freitext oder MC
	Transportmittel	Unbekannt ob Freitext oder MC
	<u>Dokumentation</u>	
	Ja/nein	SC
	Vorlage ja/nein	SC
	Wo wird dokumentiert	Unbekannt ob Freitext oder MC
	Was passiert mit fertigem Bericht?	MC
	<u>Inhalt der Tasche</u>	
	Tasche dabei ja/nein	SC
	Inhalt der Tasche	Freitext
	Freitext Kommentar für weitere	Freitext
	<u>Andere Besuche</u>	
	Anzahl Zugangsbesuche	Freitext
	Quelle der Daten	SC
	Anzahl Austrittsbesuche	Freitext
	Quelle der Daten	SC
	<u>Andere Kommentare</u>	
	Einschätzung adäquate Anzahl Hausbesuche	SC

	Freies Kommentarfeld	Freitext
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Es wurden keine Massnahmen durchgeführt, sondern nur Personen befragt. Der Prozess der Befragung ist klar.</p> <p><i>Kritik:</i> Bei einzelnen Items des Fragebogens ist nicht klar, ob die Antworten im Freitext oder über Multiple Choice angegeben wurden. Aus dem Forschungsziel und der Forschungsfrage ist nicht klar, warum die Autorinnen und Autoren noch nach der Anzahl Zugangs- und Austrittsbesuche fragen.</p>	
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Resultate</p> <p><u>Anzahl durchgeführte Hausbesuche (S. 398)</u></p> <p>Die Resultate werden in Tabelle 1 aufgezeigt, sortiert nach Art der Institution. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 25 Tage (Range 4-92). 23 Institutionen haben dazu keine Angaben gemacht. Die Mittlere Anzahl durchgeführter Hausbesuche pro Institution während April und Mai 2011 betrug 7 (ungefähr einer pro Woche). Wie erwartet, hatten Rehabilitationen eine höhere Anzahl (12 Besuche im Schnitt) im Vergleich zu Akutstationen (3 Besuche im Schnitt). In den gemischten Settings betrug der Durchschnitt 8 Besuche in zwei Monaten. 74 % konnten die Angaben aufgrund ihrer Statistik machen, 26 % mussten die Anzahl ungefähr schätzen. 20 % der Schlaganfallabteilungen machten während dieser Dauer gar keine Hausbesuche. 44 % der Institutionen führten im</p>	

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben	<p>Vergleich zu all ihren Patientinnen und Patienten mit nur 25 % oder weniger einen Hausbesuch durch. 8 % der Abteilungen führten mit mehr als 50 % ihrer Patientinnen und Patienten einen Hausbesuch durch – diese waren alles Rehabilitationsabteilungen.</p> <p><u>Gründe zur Durchführung von Hausbesuchen (S. 398/399)</u></p> <p>Tabelle 2 zeigt die Liste mit verschiedenen Gründen, welche die Teilnehmenden als Grund zur Durchführung von Hausbesuchen ankreuzeln konnten und die Häufigkeit der Antworten. Der häufigste Grund war «um Aktivitäten des täglichen Lebens im eigenen Umfeld zu überprüfen oder üben» mit 93 %; «Sicherheitsaspekte identifizieren und intervenieren» 92 %; «Transfers und Mobilität im häuslichen Umfeld üben/beurteilen» 88 %. Es gab auch die Möglichkeit Freitext Kommentare zu hinterlassen, was 39 % der Teilnehmenden nutzten. Gründe im Kommentarfeld waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - um die Einsicht der Patienten zu erhöhen - aufgrund von Bedenken bezüglich Kognition, Sehvermögen, Orientierung oder Wahrnehmung - um die Angst der Angehörigen zu reduzieren - um pflegende Angehörige anzuleiten/trainieren <p><u>Verbrachte Zeit auf Hausbesuchen (S. 399)</u></p> <p>Es wurde eine sehr weite Bereich und deutliche Unterschiede an aufgewendeter Zeit bei Hausbesuchen angegeben.</p> <p>Zeit verbracht zu Hause: Durchschnitt 63 Minuten (Mean = 62.88, Range 10-135 Minuten) Zeit zur Dokumentation: Durchschnitt 61 Minuten (Mean = 61.05, Range 2-210 Minuten) Zeit für die Organisation des Besuchs: Durchschnitt 50 Minuten (Mean = 49.98, Range 10-240 Minuten) Reisezeit: Durchschnitt 49 Minuten (Mean= 48.70, Range 15-180 Minuten) Zeit insgesamt für Alles: Durchschnitt 223 Minuten (Mean= 222.61, Range 100-570 Minuten) → dies entspricht ungefähr einem halben Arbeitstag</p> <p>Kommentar: Die Angabe von 570 Minuten (9.5 Stunden) war ein Extremwert, die nächsten Messangaben lagen ungefähr bei 6-7 Stunden.</p> <p><u>Prozesse rund um den Hausbesuch (S. 399)</u></p> <p>87 % der Spitäler meldeten, dass aufgrund des Spitalreglements zwingend 2 Angestellte beim Hausbesuch dabei sein mussten. Eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut war auf jedem Besuch anwesend. Andere Personen, welche regelmäßig anwesend waren, sind: Ergo-/Physiotherapieassistent/innen (bei 93 % der Spitäler kommt dies vor), Familienangehörige (93 %), Physiotherapeut/innen (60 %). Die häufigste Kombination war Ergotherapeut/in mit Assistent/in (78 %).</p>
---	--

	<p>Auch hierzu werden die detaillierten Resultate in Tabelle 3 dargestellt.</p> <p>Eine Institution gab an, dass aufgrund einer Risikoanalyse im Vorhinein auch nur eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut allein den Besuch durchführen darf.</p> <p>Das häufigste Transportmittel war ein Pool-Auto (52 % der Abteilungen), Taxi (26 %), Ambulanz (8 %), eigenes Transportmittel des Personals (7 %), andere Transportmittel (4 %) (z.B. Spitaltransport, Mobilitätsverbund, Freiwilligen Dienst), 3 % fehlende Angaben.</p> <p><u>Dokumentation (S. 399/400)</u></p> <p>In 99 % der Institutionen wird standardmässig eine Art der Dokumentation nach dem Hausbesuch durchgeführt. In allen Fällen wurde dies durch eine Ergotherapeutin/einen Ergotherapeuten oder eine Assistentin/einen Assistenten mit Unterstützung durchgeführt. In 83 % gibt es eine Vorlage zur Dokumentation, in 12 % der Abteilungen können die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten selbst eine Form wählen (5 % fehlende Angaben).</p> <p>88 % füllten den Rapport in die medizinischen Notizen, 55 % in die ergotherapeutischen Notizen, 58 % leiteten den Bericht weiter an andere Gesundheitsdienste, 24 % sendeten eine Kopie an den Hausarzt, 14 % sendeten eine Kopie an Angehörige und 12 % gaben dem Betroffenen eine Kopie.</p> <p><u>Inhalt der Tasche auf dem Hausbesuch (S. 400)</u></p> <p>95 % der Institutionen gaben an, eine spezielle «Hausbesuch-Tasche» zu haben, welche jeweils mitgenommen wird. Die Grafik 2 in der Studie stellt die Inhalte (und Häufigkeit) der Tasche dar.</p> <p>Die vier häufigsten Gegenstände waren Inkontinenzunterlagen (83 %), Handschuhe (76 %), Schüssel fürs Erbrechen (73 %), Schürze (67 %). Die Teilnehmenden gaben an, auch noch andere Gegenstände, welche nicht auf der Liste sind mitzunehmen. 65 % nehmen Milch mit, 21 % Essen, 21 % Hilfsmittel z.B. für die Mobilität, 15 % ein Mobiltelefon, 8 % Teebeutel.</p> <p><u>Andere Arten von Hausbesuchen (S. 400)</u></p> <p>Die Teilnehmer wurden ebenfalls über die Anzahl anderer Besuche während April und Mai 2011 gefragt.</p> <p>Zugangsbesuche (ohne Patientin oder Patient): Durchschnitt 7 (mean 7.20, Range 0-38) → 61 % mit Statistik, 33 % Schätzung, 6 % keine Angabe über Quelle</p> <p>Austrittsbesuche (bei Entlassung): Durchschnitt 1 (mean 1.39, Range 0-16)</p>
--	---

	<p>→ 81 % mit Statistik, 11 % Schätzung, 8 % keine Angabe über Quelle</p> <p>In 47 % (40 Abteilungen) wurden Austrittsbesuche gar nicht durchgeführt.</p> <p><u>Freie Kommentare (S. 400-401)</u></p> <p>70 Teilnehmende (82.5 %) empfinden, dass Hausbesuche mit der richtigen Anzahl Personen durchgeführt werden. 15 % würden jedoch Hausbesuche mit noch mehr Patientinnen und Patienten durchführen. Niemand gab an, dass Hausbesuche mit zu vielen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.</p> <p>61 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (72 %) nutzen das Extra-Kommentarfeld für freiwillige Kommentare. Interessanterweise vielen dabei die Ansichten zum Hausbesuch sehr unterschiedlich aus.</p> <p>Positive Wertschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hausbesuche sind sehr wichtig, da sich Betroffene im eigenen Umfeld sehr unterschiedlich zeigen können. - Ich denke, dass alle Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall einen Hausbesuch vor Austritt haben sollten. - Ein einzigartiges Mittel der Ergotherapie, welches geschützt werden sollte und nicht verallgemeinert werden soll. <p>Schwierigkeiten/negative Einstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt viele Anfragen für Hausbesuche, welche ich als nicht passend finde. - Die Hausbesuche sind beim Personal und den Betroffenen beliebt, es fehlt jedoch teilweise das Verständnis dafür, wie viel Zeit und Aufwand diese umfassen. - Ich denke nicht, dass diese standardmässig durchgeführt werden sollten. <p>Personalknappheit als Entscheidungsgrundlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich glaube, dass Hausbesuche eine gute Intervention für die meisten Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall wären, aber aufgrund von Personalknappheit und dem Zeitdruck auch bezüglich Aufenthaltsdauer können wir diese nur selten durchführen. - Ich würde diese gerne öfters durchführen, aber wir sind unter Druck von knapper Zeit und zu wenig Personal. - Wir würden gerne mehr Hausbesuche durchführen aber sind limitiert durch fehlende Zeit und Personal.
--	--

	<p>Es gab auch Angaben, dass durch die Ausarbeitung von ambulanten Versorgungsleistungen, kürzeren Aufenthaltsdauern und Gemeindedienstleistungen weniger Hausbesuche durchgeführt werden. Einige Institutionen beschreiben, dass sie derweilen die Anzahl von Zugangsbesuchen erhöhen.</p> <p>Vorschläge für andere Ressourcen einbeziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rollen von anderen klären, die Hausbesuche machen könnten - Es wird immer angenommen, dass es eine Aufgabe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist. Vielleicht gibt es auch Fälle, in denen es indiziert wäre, dass eine andere Profession den Besuch durchführt. - Ich habe das Gefühl es gibt einen Bereich für andere Disziplinen, um sich mehr in diese Angelegenheit zu involvieren. <p>(S. 401) Zum Teil wurden auch schon Projekte aufgelegt, in denen teilweise andere Fachpersonen bei speziellen Anliegen (z.B. Sprachtherapie bei Kommunikation Problemen) den Hausbesuch übernehmen.</p> <p>Ein paar Institutionen beschrieben ausserdem, dass spezielle Massnahmen ergriffen wurden, um den Prozess zu verbessern. Zum Beispiel werden spezielle Trainings angeboten, welche von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten absolviert (Kompetenzen erworben) werden müssen, bevor sie einen Hausbesuch durchführen dürfen.</p> <p>Eine Institution beschreibt, dass sie eine Broschüre entworfen haben, welche erklärt, weshalb ein Hausbesuch durchgeführt wird und was dort passiert.</p> <p><i>Positiv:</i> Die deskriptive Analysemethode eignet sich zum Studiendesign und zur Beantwortung der Fragestellung. Es wurden jeweils der Mittelwert, die Standardabweichung und die Range dargestellt. Auf die meist sehr grosse Range wurde auch noch schriftlich hingewiesen. Es wurde jeweils neben der Anzahl an befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auch die Prozentanzahl angegeben. Die Tabellen sind sehr übersichtlich.</p> <p><i>Kritik:</i> Bei einer solch grossen Range sollte ist der Mittelwert nicht mehr so aussagekräftig, da dieser bei Extremwerten sehr schnell beeinflusst wird. Somit sollte dringend auch der Median angegeben werden, was die Autorinnen und Autoren jedoch nicht getan haben. Die Anzahl der Hausbesuche / Zugangsbesuche und Austrittsbesuche könnten gut in Verbindung zueinander gesetzt werden und Unterschiede wie auch Zusammenhänge erklärt werden. Dies wird allerdings nicht gemacht. Spannend wäre zu beschreiben, dass aktuell gleichviele Zugangsbesuche wie Hausbesuche gemacht werden.</p>
--	--

	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Es handelt sich um eine deskriptive Studie, bei welcher keine Unterschiede oder Zusammenhänge untersucht wurden. Deshalb wurde auch kein Signifikanzniveau festgelegt.</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es wurden nur zwei Teilnehmende ausgeschlossen, da sie ihre Fragebogen zu spät einreichten. Da es nur einen Messzeitpunkt gab, entstanden keine weitere Dropouts. Zum Teil wurden von den Teilnehmenden nicht alle Fragen beantwortet, dies wurde stets angegeben.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Diskussion (S. 401)</p> <p>In der Studie kam zum Vorschein, dass bei den verschiedenen Institutionen erhebliche Unterschiede bezüglich der Anzahl und Dauer von Hausbesuchen bestehen.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigen grosse Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der durchgeführten Hausbesuche und die verbrauchte Zeit dazu (inklusive Organisation und Dokumentation). Als Beispiel dauerte die Zeit vor Ort durchschnittlich 1 Stunde, wobei die Range von überraschend kurzen 10 Minuten bis zu über 2 Stunden dauerte. Die gesamthaft investierte Zeit für den Hausbesuch betrug durchschnittlich nicht ganz 4 Stunden. Die Range war wieder überraschend gross von 1,5 Stunden bis zu 9.5 Stunden. Die letztere Angabe war ein einmaliger Extremwert, trotzdem gaben doch einige Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten an, um die 6 Stunden pro Besuch zu investieren. Die durchschnittliche Aufenthaltszeit vor Ort ist vergleichbar mit den Ergebnissen einer vorhergehenden Studie (80 Minuten), obwohl diese Studie für ältere Menschen und nicht Schlaganfallpatientinnen und -patienten war.</p> <p>Eines der wohl auffälligsten Ergebnisse ist das Verhältnis der investierten Zeit für die Dokumentation verglichen zur aktuellen Zeit mit den Betroffenen zusammen.</p> <p>In Bezug auf die Anzahl der Hausbesuche wurde ein zweimonatiges Fenster für die Messung bestimmt, da man einen Monat nicht als repräsentativ für die Praxis empfand. Einige Teilnehmende meldeten zurück, dass ein längeres Zeitfenster besser gewesen wäre. Der Schnitt lag bei 7 Hausbesuchen während den zwei Monaten, wobei sich jedoch erneut eine</p>

	<p>grosse Bandbreite präsentierte (bis zu 27 Besuchen für zwei Monate).</p> <p>Die Zahlen waren wie angenommen kleiner für Akutsettings im Vergleich zu Rehabilitationen. Die Zahl an Hausbesuchen aus dieser Studie sind kleiner im Vergleich zu Vergleichsstudien. Ausserdem sind es auch weniger Hausbesuche als durch die Daten vom <i>Intercollegiate Stroke Working Party</i> im Jahr 2007 vorangenommen. Gemäss diesen Zahlen müssten doch $\frac{3}{4}$ der Patientinnen und Patienten einen Hausbesuch erhalten. Dies könnte darauf hindeuten, dass in der Praxis die Anzahl Hausbesuche abgenommen hat. Dies kann jedoch mit den gewonnenen Daten dieser Studie nicht belegt werden.</p> <p>Interessanterweise haben viele Teilnehmende sich auf eine Schätzung der Zahlen gestützt. Vielleicht war dies, weil sie keinen Zugang zu den Daten hatten oder diese allenfalls nicht aufgezeichnet wurden. Diese Daten wären in der heutigen Zeit jedoch wichtig, um die Kosteneffektivness und ökonomische Aspekte zu belegen.</p> <p>Im Grossen und Ganzen waren sich die Teilnehmenden über die Gründe, weshalb ein Hausbesuch gemacht wird, einig. Die Meinungen unterschieden sich jedoch zum Thema, wie diese durchgeführt werden sollten. Während einige betonten, dass der Hausbesuch ein zentrales Element der Ergotherapie ist, schlugen andere vor, vermehrt auch andere Professionen mehr einzuschliessen. Einige erwähnten ausserdem, dass Hausbesuche bei allen Betroffenen nach einem Schlaganfall durchgeführt werden sollen, während andere vorschlugen bei jedem individuellen Fall neu zu erwägen, ob und durch wen ein Besuch wirklich notwendig war. Diese unterschiedliche Wahrnehmung der Rolle von Hausbesuchen unter Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist aktuell im Fokus der Forschung. Ein Fortschritt wurde dabei gemacht, indem einige Autorinnen und Autoren einen Blick auf die Perspektive der Patientinnen und Patienten warfen.</p> <p>Unterschiede gab es auch in den möglichen Transportmitteln und der mitgenommenen Ausrüstung. Interessanterweise waren die häufigsten Gegenstände mehr für Medizinische- und Sicherheitsaspekte anstelle für die ergotherapeutische Arbeit vor Ort.</p> <p><i>Positiv:</i> Es werden alle Ergebnisse des Fragebogens in der Diskussion aufgegriffen (ausser Anzahl Zugangs- und Austrittsbesuche, welche aber nicht Teil der Forschungsfrage waren)</p> <p><i>Kritik:</i> Im Allgemeinen ist die Diskussion sehr oberflächlich gefasst und versucht die Resultate nicht gross zu ergründen oder mit Argumenten zu belegen respektive widersprechen. Es werden teilweise Aussagen ohne Quellen gemacht (Wichtigkeit von Statistik, um Kosteneffektivness zu belegen).</p>
--	--

	<p>Grundsätzlich werden die Ergebnisse nur mit zwei vorhergehenden Studien verglichen. Ansonsten wird keine weitere Literatur hinzugezogen. Beim Vergleich mit den Studien wird einmal nur beschrieben, dass die Anzahl Hausbesuche in dieser Studie geringer sind, wie viel weniger wird aber nicht exakt genannt.</p> <p>Was wäre eine mögliche Begründung für diese grossen Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen? Zum Beispiel bei der sehr unterschiedlichen Anzahl von durchgeführten Hausbesuchen könnte dies doch auch an der unterschiedlichen Grösse der Institutionen liegen. Weshalb wurde bereits im Voraus angenommen, dass die Anzahl Besuche im Akutsetting geringer sind? Hierzu fehlen Begründungen und Vergleiche mit anderer Literatur. Im Vergleich der Anzahl Hausbesuche zu anderen Studien fehlt ebenfalls eine Begründung oder mögliche Unterschiede aufgrund der anderen Population/Krankheitsbildern. Weshalb könnten die Meinungsverschiedenheiten der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Wichtigkeit und Auslagerung an andere Professionen entstehen? Was hat dies zu bedeuten, dass hauptsächlich medizinische Produkte mitgenommen wurden und nicht in erster Linie Hilfsmittel oder Gegenstände zur Erleichterung der ergotherapeutischen Arbeit? Ist die lange Dokumentationszeit gegenüber der Zeit Zuhause beim Hausbesuch gerechtfertigt? All diese Fragen sind noch ungeklärt.</p> <p>Der Aspekt der genannten Zeit- und Personalknappheit wurde in der Diskussion nicht aufgenommen. Gerade weil als Begründung der geringen Rücklaufquote ebenfalls die Ressourcenknappheit genannt wurde, wäre dies relevant gewesen. Wobei es hierzu bestimmt viele Vergleichsstudien oder Argumente aus anderer Literatur gegeben hätte.</p> <p>Es fehlt in der Diskussion der explizite Vergleich von früheren Studien ohne Schlaganfallpatientinnen und -patienten mit dieser Population. Es werden auch keine Vergleiche zu Literatur mit derselben Population vorgenommen. Auf was deuten die Ergebnisse nun spezifisch für Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten hin? Was ist anders, was ist gleich?</p> <p>Konklusion (S.401)</p> <p>Dies ist die erste Studie, welche Daten zur Praxis von Hausbesuchen vor Austritt bei Personen nach einem Schlaganfall in England sammelte. Die Resultate zeigen die grossen Unterschiede der Durchführung und Meinungen bezüglich den Hausbesuchen.</p> <p><i>Positiv:</i> In einem Satz wird übersichtlich das Ziel der Studie aufgezeigt. Dieses wird unseres Erachtens mit den Ergebnissen erreicht und im Diskussionsteil nochmals ausgeführt.</p>
--	---

	<p><i>Kritik:</i> In der Konklusion fehlt allerdings die Beantwortung der Forschungsfrage. Die Konklusion ist zu kurzgefasst und sagt nicht viel über die Ergebnisse aus. Es gibt keinen Einblick in die behandelte Thematik und der Leser erhält nicht einen umfassenden Überblick.</p> <p>Implikationen</p> <p>-</p> <p><i>Kritik:</i> Es sind keine Implikationen für die Praxis oder klinische Relevanz genannt. Es wird auch nicht beschrieben, wie durch diese Ergebnisse die Praxis beeinflusst werden könnte. Auch fehlen Angaben zu weiterer notwendiger Forschung. → z.B. gerade diese grosse Meinungsverschiedenheit oder sehr unterschiedlich lang investierte Zeit. Zudem ist es die erste Studie, welche das Phänomen Hausbesuch in Verbindung mit Schlaganfallpatientinnen und -patienten in England untersucht. Hier wäre sicherlich weiterer Forschungsbedarf zu erwähnen.</p> <p>Limitationen (S.401)</p> <p>Die Rücklaufquote von 47 % war anfänglich enttäuschend. Viele Fachpersonen haben sich gemeldet und gesagt, dass sie leider keine Zeit haben, den Fragebogen auszufüllen. Dies kann für sich allein schon als interessante Beobachtung gewertet werden. Trotzdem wird die Rücklaufquote von 47 % mittels Literatur als genügend bezeichnet. Zudem war das Sample von einem weiten geografischen Einzugsgebiet für die repräsentierte Population (England). Es ist schade, musste die Studie auf England begrenzt werden, da Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten von Schottland, Wales und Nordirland (alles UK) Kontakt aufgenommen mit dem Wunsch, auch teilnehmen zu dürfen. Von den vielen zusätzlichen Kommentaren wird ersichtlich, dass viele Teilnehmende eine starke Meinung zum Thema haben. Diese könnte die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Personen, welche eine weniger starke Meinung dazu haben, könnten allenfalls nicht teilgenommen haben, da es ihnen weniger wichtig war.</p> <p><i>Positiv:</i> Es werden einige Limitationen genannt. Gerade der erwähnte <i>Non-response Bias</i> am Ende bezüglich den starken Meinungen, welche das Sampling und die Ergebnisse möglicherweise beeinflussten wurde sinnvollerweise erwähnt. Anhand der Erläuterung scheint es, dass oftmals die fehlende Zeit das Ausfüllen des Formulars bewirkte. Eventuell hätten die Autorinnen und Autoren das Ausfüllen «obligatorisch» machen und mit den Klinikleitungen ein Zeitfenster verhandeln können.</p> <p><i>Kritik:</i> Unter dem Punkt «Design» dieses Gütebewertungsformular werden einige systematische Fehler beschrieben, welche durch die Autorinnen und Autoren in der Limitation nicht erwähnt wurden.</p>
--	--

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 4 nach Letts et al. (2007)

Critical Review Form – Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

<p>Godfrey, M., Cornwell, P., Eames, S., Hodson, T., Thomas, T., & Gillen, A. (2019). Pre-discharge home visits: A qualitative exploration of the experience of occupational therapists and multidisciplinary stakeholders. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 66(3), 249–257. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12561</p>	
	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel (S. 250): Das Untersuchen der Wahrnehmung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern bezüglich der Entscheidungsfindung und Durchführung von Hausbesuchen vor Austritt mittels der Erfahrungen und aktueller Handhabung im australischen Kontext.</p> <p>Zweck (S.250): Das Untersuchen von Faktoren wie wann, wie und wer erhält Hausbesuche vor Austritt, kann die aktuelle Praxis und die täglichen Herausforderungen aufzeigen. Die Ergebnisse können zur Entwicklung von Mitteln beitragen, welche die Durchführung von Hausbesuchen vor Austritt für die Personen, die es am meisten brauchen vereinfachen. Ressourcen des Gesundheitspersonals können so optimal eingesetzt werden.</p> <p><i>Kritik:</i> In der Einleitung wird mehrheitlich nur von der Ergotherapie gesprochen. Warum sind in der Fragestellung auch andere Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter eingeschlossen? Diese Begründung scheint zu fehlen. Es wird keine Forschungsfrage definiert.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>(S. 250) Die reduzierte Evidenzlage zu den Hausbesuchen führt dazu, dass das Reasoning und die Entscheidungsfindung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten massgebend für die Begründung und Durchführung von Hausbesuchen sind. Die Autorinnen zeigen literaturbasiert auf, dass aufgrund der fehlenden Guidelines und Assessments die Entscheidung bezüglich Hausbesuchen häufig von dem Wissenslevel, Erfahrungen und Clinical Reasoning der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten abhängig ist. Verschiedene Einflussfaktoren (Kontext der Institution, individuelle klinische Bedürfnisse, Umgebung zu Hause) führen zu verschiedenen</p>

	<p>Variationen der Durchführung (mit/ohne Patientin oder Patient, Fokus des Besuchs, verschiedene Arten von Empfehlungen, Assessments/Messinstrumente). Die fehlende Struktur und Klarheit über solche Begründungsgrundlagen verlangen eine Untersuchung der Entscheidungsfindung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p> <p><i>Positiv:</i> Es wurde ein breites Spektrum an themenspezifischer Bezugsliteratur verwendet.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Forschungsbedarf wird aus der Herleitung nicht deutlich aufgezeigt. Die Autorinnen erwähnen, dass bereits in vorherigen Studien das Clinical Reasoning von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten untersucht wurde, was der Mehrwert ihrer Studie ist, kommt dabei nicht klar heraus. Erneut ist nicht klar, weshalb auch multidisziplinäre Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter untersucht werden.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?¹</p> <p>Die Studie erfüllt 4 von 5 Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Studiendesign: Fokusgruppen, qualitativ → Population: Sicht Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, jedoch ohne spezifisches Krankheitsbild → Region: Brisbane (Australien) – ähnlicher Kontext → Setting: stationär → Intervention: Hausbesuche vor Austritt
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (phenomenology)</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other:</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>S. 250-251: Das Studiendesign wird als qualitative Studie beschrieben aber keinem genaueren Ansatz zugeschrieben. Anhand des Datenanalyseverfahrens der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) wird ein Kodierungsverfahren genutzt, um die gesammelten Daten zu kategorisieren. Dieses Verfahren wird oft im Phänomenologischen Design benutzt und könnte daher darauf hinweisen. Ausserdem zielt die Fragestellung darauf ab, die Wahrnehmung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu erforschen. Dies würde ebenfalls dem phänomenologischen Design entsprechen.</p> <p><i>Positiv:</i> Das qualitative Design scheint passend, da es dem Ziel entspricht, Erfahrungen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und multidisziplinären Interessensvertretern zu erforschen.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Studiendesign wurde nicht explizit erläutert und kann nur angenommen werden.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p>

<input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	<p>Es wird nirgends eine philosophische oder theoretische Perspektive explizit beschrieben. Anhand der oben im Design erwähnten Annahme des phänomenologischen Ansatzes, könnte es sein, dass die Autorinnen die dazugehörige philosophische Perspektive vertreten.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Autorinnen erwähnen nicht explizit eine theoretische oder philosophische Perspektive.</p>
<p>Method(s) used:</p> <input type="checkbox"/> participant observation <input type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input checked="" type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other:	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>(S. 250 letzter Absatz; S. 251, 2. Absatz): In vier Fokusgruppen an 5-8 Teilnehmenden wurden semi-strukturierte Interviews mit offenen Fragen (Beispielfragen sind präsentiert) durchgeführt. Die Fragen wurden durch zwei langjährig erfahrenen Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten mit intensiver Hausbesuchserfahrung konzipiert und von drei ebenfalls erfahrenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten überprüft und kritisch beurteilt. Die Fokusgruppe 1-3 bestand nur aus Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Gruppe 4 aus anderen Interessensvertreterinnen und Interessensvertretern (Ärzte, Pflege, verwandtes Berufspersonal). Durch die Homogenität der Gruppen erhoffen sich die Autorinnen eine fokussiertere und tiefere Diskussion. 4 Themen wurden angesprochen: 1) Entscheidungsprozess ob Hausbesuch oder nicht; 2) Vorbereitungs- und Durchführungsprozess; 3) Follow-up und Ergebnisse; 4) mögliche Entscheidungsfindungsmittel und Empfehlungen. Die Moderation wurde nicht durch eine Ergotherapeutin oder einen Ergotherapeuten durchgeführt, da dies die Objektivität beeinflusst hätte (durch mögliche Vorkenntnisse und Berufsbeziehungen). Ein Protokollant oder eine Protokollantin war jeweils vor Ort, um die Genauigkeit und Tiefe des Austausches zu dokumentieren. Die Fokusgruppe endete, wenn es zu einem natürlichen Schluss kam (Range zwischen 1-1.5h) und wurde aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Nach der Fokusgruppe fand ein Debriefing zwischen Moderator/in und Protokollant/in statt.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Methode ist kongruent und passt zum gewählten Forschungsdesign. Die Auswahl der Methode wurde ebenfalls von den Autorinnen mit Literatur begründet. Die Autorinnen entscheiden sich bewusst gegen eine Ergotherapeutin oder einen Ergotherapeuten für die Moderation, um die Objektivität zu stärken.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nur eine Methode verwendet, was die Sichtweise und somit die Glaubwürdigkeit einschränkt. Die Autorinnen geben an, dass sich der Protokollant oder die Protokollantin und die moderierende Person Notizen zur Nachbesprechung machten. Es wird nicht weiter präzisiert, inwiefern diese Notizen Einfluss in der Datenanalyse hatten.</p>
<p>SAMPLING:</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p>

<p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>(S. 251 erster Absatz) Die Teilnehmenden (insgesamt 27) kommen alle aus einem grossen städtischen Gesundheitsnetzwerk in Brisbane und wurden durch lokale klinische Netzwerke gesucht. Sie decken insgesamt vier Institutionen ab. Die multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter stammen alle aus derselben Institution. <i>Purposeful Sampling</i> (zweckmässiges Sampling) wurde durchgeführt. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten füllten die Fokusgruppen 1-3; Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter (Ärzte, Pflege und verwandtes Gesundheitspersonal) die vierte Gruppe. Einschlusskriterien waren: 1) registrierte Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten oder Managerin/Manager mit vorausgesetzter Erfahrung oder 2) qualifiziertes multidisziplinäres Fachpersonal, welches in einem Setting arbeitet, wo Hausbesuche vor Austritt angeboten werden.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Purpose Sampling wird zwar erwähnt, ist jedoch nicht in die Tiefe beschrieben. Um den Kontext von Australien abzudecken ist das Sampling aus einer Stadt und dem gleichen Gesundheitsnetzwerk nicht genügend übertragbar. Die Stichprobe der multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter wird nicht in die Tiefe beschrieben. Was für eine Art von Ärzten oder Ärztinnen wurde inkludiert? Was für Berufsgruppen sind das «verwandte Gesundheitspersonal»? Wie ist die Anzahl von acht Teilnehmenden, unter der den verschiedenen medizinischen Berufsgruppen verteilt? Ausserdem kommen sie alle aus der gleichen Institution. Aus der Beschreibung und der Tabelle 1 (S. 251) geht hervor, dass das Durchführen von Hausbesuchen gar kein Inklusionskriterium war. Viele Teilnehmende v.a. die multidisziplinären Berufe und Ergotherapie Managerinnen/Manager haben gar keine direkten Erfahrungen bei der Durchführung von Hausbesuchen. Eine genaue Beschreibung, was Ergotherapie Managerinnen/Manager sind und wie sie sich von den anderen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterscheiden fehlt ebenfalls.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die theoretische Sättigung der Daten wird nach der Datenanalyse der vier ursprünglichen Fokusgruppen beschrieben (S. 252, Absatz 1). Es wurde ein einmaliges Sampling durchgeführt und kein erneutes Sampling zur Datensättigung in Erwägung gezogen.</p> <p>Die Teilnehmenden werden nebst der Berufsbezeichnung und der Einschlusskriterien auch in Tabelle 1 (S. 251) mit demografischen Angaben genauer beschrieben.</p> <p><i>Kritik:</i> Wie in der Kritik zum Punkt Sampling vorher erwähnt: das Sampling ist sehr einseitig und nicht unbedingt auf andere Kontexte ableitbar. Trotzdem entspricht Brisbane als Kontext unseren Einschlusskriterien. Die Tabelle mit den demografischen Angaben bezieht sich bei der Gruppe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten lediglich auf die Erfahrungsjahre in Bezug auf Hausbesuche</p>

	<p>und nicht auf die gesamte Erfahrung. Bei den Managerinnen und Manager wird keine Erfahrung mit Hausbesuchen angegeben. Somit scheint die Tabelle nicht vollständig zu sein.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>(S. 252, 2. Absatz) Ethische Zulassung wurde durch das <i>Prince Charles Hospital</i> und das <i>University of the Sunshine Coast</i> Ethik Komitee für Humanforschung gegeben. Auf die Art der Zulassung wird nicht genauer eingegangen.</p> <p><i>Kritik:</i> Das Einholen der Zustimmung der Teilnehmenden wurde nirgends schriftlich erwähnt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Der Ort der Datensammlung wird nicht genauer beschrieben (S. 251). Die Angaben zu den Teilnehmenden umfassen die demografischen Daten in Tabelle 1 (S. 252), welche die Erfahrung darstellt.</p> <p>Die Rolle und Aufgaben der Autorinnen werden beschrieben. Es ist ersichtlich, dass mindestens ein Teil der Autorinnen einen ergotherapeutischen Hintergrund besitzen oder gar Erfahrung von Hausbesuchen vor Austritt aufweisen (S. 251, 1. Spalte, 2. Absatz, Zeile 2-3; S. 252, 1. Spalte, 2. Absatz, Zeile 4). Am Ende (S.256, 2. Spalte, 3. Absatz) werden die Rollen und Aufgaben aller Autorinnen erläutert. Es wird dargestellt, welche Autorin an der Datensammlung, am Schreiben des Manuskripts am Projektdesign, der Datenanalyse und/oder an der Literatursuche beteiligt war.</p> <p>Die Beziehung der Autorinnen mit den Teilnehmenden wird nicht genau beschrieben. Es werden jedoch explizit berufsunabhängige Moderatorinnen und Moderatoren eingesetzt, um Berufsbeziehungen zwischen den Autorinnen und Teilnehmenden auszuschließen.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Rollen und Hintergründe der Autorinnen werden sehr ausführlich und klar beschrieben.</p> <p><i>Kritik:</i> Auf die Rolle des Protokollanten / der Protokollantin wird kaum eingegangen. Wird ebenfalls gewährleistet, dass diese kein Vorwissen haben?</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p><i>Kritik:</i> Es fehlen Angaben zum Ort der Durchführung der Fokusgruppen. Wurden die Gruppen während der Arbeitszeit durchgeführt? War genügend Zeit vorhanden? War der Ort ruhig? Zeitdruck könnte die Fokusgruppe zu einem früheren Ende (auch natürlich) bringen. Wie bereits erwähnt umfassen die demografischen Daten nur die Erfahrungsjahre (Allgemein oder mit Hausbesuchen). Geschlecht, Alter und der Fachbereich der Personen könnten einen tieferen Einblick und Verständnis generieren.</p>

	<p>Es fehlen die Angaben über die Vorkenntnisse der Autorinnen und die Deklaration möglicher Annahmen, die die Beurteilung der Resultate beeinflussen könnten.</p> <p>Es kann sein, dass es zu einem <i>Confirmation-Bias</i> gekommen ist, da die Autorinnen die vier Fokusgruppen nicht unabhängig voneinander auswerteten, sondern die jeweiligen Aussagen ergänzend zueinander angeschaut werden. Dabei kann es vorkommen, dass die Autorinnen bestätigende Aussagen zu bereits definierten Unterthemen oder eigenen Überzeugungen suchen und dabei nicht objektiv alle Aussagen miteinfließen lassen. Dadurch, dass die Fokusgruppen durch drei Autorinnen ausgewertet wurden, wird diesem Bias jedoch entgegengewirkt. Der mögliche Bias wird von den Autorinnen nicht explizit erwähnt.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigour was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Grundsätzlich wurden alle Schritte zum Vorgehen der Datensammlung und Analyse beschrieben. Keine Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten führen die Moderation der Fokusgruppen durch aufgrund von Berufsbeziehungen oder Vorwissen. Moderatorin/Moderator und Protokollantin/Protokollant tauschen sich nach der Gruppe gemeinsam aus. Die Moderatorinnen und Moderatoren sind erfahren in der Gesundheitsforschung und Moderation. Die Daten wurden mittels Audioaufnahme festgehalten und wortwörtlich transkribiert. Eine erfahrene Fachperson in qualitativer ergotherapeutischer Forschung führte die Kodierung der Daten durch und definierte erste Themen und Unterthemen. Nach jeder der insgesamt vier Runden wurden die Themen mit zwei anderen Autorinnen diskutiert und falls notwendig verfeinert oder gar abgeändert. Der Zugang zu den Institutionen über das Kliniknetzwerk ist erläutert. (S. 251-252)</p> <p><i>Kritik:</i> Der Zeitraum, in welchem die Daten gesammelt wurden ist nicht deklariert. Ausserdem fehlen Angaben, wie genau die Teilnehmenden über das Kliniknetzwerk kontaktiert und rekrutiert wurden. Es wird nirgends beschrieben, wie viele Personen insgesamt angefragt wurden (Studienpopulation), deshalb ist es schwierig nachzuvollziehen, ob die Stichprobe von 27 Personen repräsentativ ist.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data?</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die genutzte Methode zur Datenanalyse war die thematische Analyse (Braun & Clarke, 2006). (S.251 letzter Absatz)</p> <p><i>Positiv:</i> Die thematische Analyse nach Braun und Clarke (2006) ist eine bekannte Methode in der qualitativen Forschung und dient zur Identifizierung und Darstellung von Mustern, was zur Forschungsfrage passt.</p> <p>Resultate</p>

<input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<p><u>Erkennen von klinischen Faktoren (S. 252)</u></p> <p>Klinische Faktoren = klinisches Erscheinungsbild, Betätigungsperformanz und Passung zwischen dem zu Hause und der Pflegebedürftigkeit</p> <p>Klinische Faktoren wurden oftmals erwähnt als Einflussfaktoren für die Entscheidung, ob ein Hausbesuch durchgeführt wird. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erwähnten diese Faktoren öfters als andere Berufe.</p> <p>Beispiele für klinische Faktoren: Mobilität vor der Erkrankung, Transfers (Bett, Rollstuhl usw.), Funktion zu Hause, wie haben sie vor dem Ereignis «funktioniert», Kognition, Sturzgefahr</p> <p>Erfahrenere Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nannten nebst den üblichen klinischen Faktoren vor allem das Kernstück der Ergotherapie – die Betätigungsperformanz im realen Umfeld zu Hause als wertvolle und einmalige Chance zu sehen.</p> <p>Es wurde erwähnt, dass es hilfreich ist, ein klares Ziel bezüglich der klinischen Faktoren für den Besuch zu definieren: Was möchte man sehen/üben, wenn man zu Hause ist?</p> <p>Alles in Allem beeinflusste vor allem die Person in ihrem Umfeld die Entscheidung für einen Hausbesuch vor Austritt. Dabei spielten jedoch verschiedene Hintergründe eine Rolle wie z.B. eine neue Beeinträchtigung, veränderte Körperfunktionen, Fördern der Partizipation oder Sicherheit.</p> <p><u>Kontextuelle und pragmatische Einflüsse (S. 252 -254)</u></p> <p>Pragmatische Einflüsse wurden oftmals als Faktoren genannt, die den Entscheidungsprozess bestimmen.</p> <p>Ressourcenknappheit: Zeit und Personal, kein verfügbares Auto</p> <p>Durch knappe Ressourcen muss zugunsten der/des einen oder anderen Patientin/Patienten entschieden werden (wer hat das größere Bedürfnis). Die Zeit ist nicht nur eine knappe Ressource, auch das Timing – der richtige Moment muss erwischt werden, damit der Hausbesuch nicht nur Zeitverschwendung ist. Das optimale Timing war nicht zu früh, damit ein realistisches Funktionsniveau erreicht wurde, aber trotzdem genügend früh, um notwendige Anpassungen und Hilfsmittel zu organisieren.</p> <p>Das klinische Setting hat ebenfalls seinen Einfluss. Bei der Akutstation wurde genannt, dass nur wenn es eine Person wirklich benötigt, ein Hausbesuch gemacht werden kann. Wo hingegen in der stationären Rehabilitation eine erhöhte Möglichkeit bestand.</p> <p>Gemeinnützige Dienste: Koordination mit den möglichen Dienstleistungen, Vertrauen in diese vor allem für abgelegene Wohnlagen, Anspruch auf solche Dienstleistungen, usw. wurden als Hindernisfaktoren definiert. Zum Teil werden Patientinnen und Patienten poststationär nur übernommen, wenn ein Hausbesuch vom Spital durchgeführt wurde. Hausbesuche werden wiederum erschwert,</p>
---	---

	<p>wenn sehr lange Distanzen vom Spital zurückgelegt werden müssen.</p> <p>Organisationsprozesse: Planung, Vorbereitung der Patientinnen und Patienten, Vorbereitung auf der Station, Prozess während des Besuches selbst. Koordination von Angehörigen, eigener Zeit, Ressourcen wie Auto usw. -> erschwert. Formulare auf der Station für die Sicherheit mussten ausgefüllt werden, wenn ein Faktor nicht gegeben ist, kann kein Hausbesuch stattfinden. Unsicherheiten über den Prozess vor Ort – was soll in welchem Fall getan werden (vor allem bei unerfahrenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten)? Andere Berufsgruppen haben zu wenig Kenntnis über die Funktion und den Ablauf der Hausbesuche und bringen so weniger Verständnis auf. Erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten konnten mehr Einblick in den Prozess und die Begründung geben. Sie beschreiben diese als Kombination von Umwelanpassung und Beobachtung/Training der Funktion, um einen Vergleich zur Betätigungsperformanz im Spital herzustellen.</p> <p>Folgemaßnahmen oder erneute Besuche sind sehr erschwert, obwohl sie sinnvoll wären: Nach dem Besuch ist die Zeit knapp zum dokumentieren und Hilfsmittel zu verschreiben. Sobald die Patientin oder der Patient ausgetreten ist, wird sie oder er durch jemand neues ersetzt, was die Ressourcen voll ausschöpft. (S.254)</p> <p>Pragmatische Einflussfaktoren sind oftmals stärker als die klinischen und führen dazu, dass Hausbesuche gar nicht geplant, verspätet oder gar gestrichen werden. (S.253)</p> <p><u>Wahrnehmen des positiven Wertes (S.254)</u></p> <p>Alle Teilnehmenden anerkannten den Vorteil von Hausbesuchen für die Austrittsplanung, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.</p> <p>Hausbesuche wurden als Hilfe für sichere Austritte, weniger Re-Hospitalisierungen, Klärung des Austrittsorts (mit alternativen Platzierungen) und Klären von zusätzlich benötigten Unterstützungsangeboten empfunden.</p> <p>Aus Sicht der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten helfen die Hausbesuche den Patientinnen und Patienten für ihre Gesundheit, Wohlbefinden, stärken ihr Selbstvertrauen und deren Überzeugung, geben einen Einblick, erhalten deren Würde, verbessern die Selbstständigkeit und reduzieren das Sturzrisiko. Es helfe vor allem Patientinnen und Patienten in der Rehabilitationsphase, Ziele für die Rehabilitation zu setzen und gibt ihnen ein Licht am Ende des Tunnels.</p> <p>Für Angehörige kann der Hausbesuch helfen, einen Einblick zu erhalten (z.B. über die Sicherheit) und so Entscheidungen einfacher zu fällen.</p> <p>Verbesserungsvorschläge: - Fertigkeiten Training für Berufseinsteigerinnen und -Einsteiger</p>
--	--

	<p>(Wann ist ein Hausbesuch sinnvoll, was ist das Ziel/wie soll es gesetzt werden/ Wie soll der Hausbesuch sinnvoll dokumentiert werden)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimierung der Planungsphase (frühere Identifikation von potenziellen Patientinnen und Patienten, Zeitmanagement, bessere Vorbereitung der Betroffenen) - ein Instrument zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und Verbesserung der Kommunikation könnte hilfreich sein, gerade für Neueinsteigerinnen und -Einsteiger. Dieses sollte jedoch noch Flexibilität für individuelle Bedürfnisse aufweisen. Innerhalb dieser Flexibilität soll es Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen, Elemente wie Funktionsbereiche, klinische Faktoren und klinische Priorisierung zu berücksichtigen. <p><i>Positiv:</i> Die Resultate sind empirisch mit reichlich Zitaten belegt und gut beschrieben. Die Titel sind passend zu den beschriebenen Inhalten ausgewählt. Die Themen sind grösstenteils klar zu unterscheiden und sinnvoll abgegrenzt.</p> <p><i>Kritik:</i> Eine schematische Darstellung oder Übersicht der Resultate fehlt. Die genannten Punkte werden zum Teil nicht genügend ausgeführt, dass man in der Tiefe versteht, was gemeint ist (z.B. S. 252, 2. Spalte, 3. Absatz, Zeile 1-4). Beim ersten Thema «Erkennen von klinischen Faktoren» ist teilweise unklar, ob die genannten Punkte Einflussfaktoren für die Entscheidung oder Erfahrungen während den Besuchen darstellen.</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die Autorinnen hielten sich an das Verfahren der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006). Ein Mitglied des Autorinnenteams las und codierte die Interviews, um erste Themen und Unterthemen zu bestimmen. Der Prozess wiederholte sich über vier Runden. Nach jeder Runde wurden die Codes und Themen mit zwei anderen Autorinnen verfeinert, präsentiert und diskutiert. Änderungen wurden vorgenommen. Nach der vierten Runde wurden keine neuen Themen erkannt. (S.252, 1. Absatz)</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird kein Entscheidungsbaum über die Themenfindung publiziert oder erwähnt. Die Autorinnen beschreiben zwar im groben, nach welchem Verfahren sie vorgegangen sind, jedoch sind keine Details oder Begründungen zur Themendefinition vorhanden.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>(S. 254-256) In der Diskussion wird als Haupteckennntnis festgestellt, dass die Hausbesuche vor Austritt für die Teilnehmenden einen wichtigen Wert darstellen. Dem gegenüber stehen jedoch die grossen pragmatischen und kontextuellen Hürden, welche die</p>

<p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Entscheidung ebenfalls stark beeinflussen. Es wird mehrmals betont, wie komplex und vielseitig der Entscheidungsprozess beeinflusst wird.</p> <p>Im Gegensatz zu einer vorhergehenden Studie werden zu den pragmatischen Faktoren auch patientenspezifische (klinische und soziodemografische) Faktoren als Einfluss genannt. Die Autorinnen denken, dass die Ergebnisse aus den Fokusgruppen über diese hinausgehen, da durch die Methode der Fokusgruppen im Vergleich zur retrospektiven Datenanalyse noch andere Faktoren hervortraten.</p> <p>Diese verdeutlichte Komplexität des Entscheidungsprozesses verlangt nach einem Instrument zur Gliederung und Vereinfachung des Entscheidungsprozesses. In diesem soll geklärt werden, wer, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Ziel ein Hausbesuch benötigt.</p> <p>Die erwähnten organisatorischen und institutionellen Einflussfaktoren, sowie die Zeitfaktoren und das Timing weisen auf die vielen verschiedenen Prozesse hin, die ein Hausbesuch vor Austritt umfasst. Auch frühere Studien haben über diese verschiedenen Prozesse und deren Einfluss berichtet. Diese könnten einen Einfluss auf den Rückgang der Anzahl Hausbesuche und die vorhandene Variation haben.</p> <p>Angesichts der aktuellen Erkenntnisse über den Einfluss dieser pragmatischen Faktoren, kann die Gleichberechtigung zum Erhalt eines Hausbesuchs vor Austritt beeinträchtigt sein. Die Literatur empfiehlt die Entscheidung aufgrund der klinischen Faktoren und nicht aufgrund von Ressourcenverfügbarkeit abhängig zu machen. Ausserdem sind die Rechte auf Betätigung zu Betrachten sowie die Verteilungsgerechtigkeit der Ressourcen. Die vorhandenen Einflüsse können das Ausführen einer sicheren Betätigungsperformanz im bedeutenden Umfeld gefährden. Mit den festgestellten Diskrepanzen im Entscheidungsprozess ist es jedoch eine grosse Herausforderung, die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit den organisatorischen Barrieren auszugleichen.</p> <p>Es wurden Unterschiede im Selbstvertrauen und den Fertigkeiten zwischen Berufseinsteigerinnen und Einsteiger sowie erfahrenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten festgestellt. Diese Schwierigkeiten von Neulingen wurden auch schon in früherer Literatur beschrieben. Erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten schlagen Checklisten, Begleitung und Prozesse als Hilfsmittel vor. Es wird Erfahrung benötigt, um diese individuellen und komplexen Entscheidungen zu treffen. Diese Ergebnisse werden auch unterstützt durch die vorhandene Literatur, welche die Veränderung der Clinical Reasoning Fertigkeiten im Verlauf der Berufskarriere von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschreibt.</p> <p>In der Literatur wird allgemein die Notwendigkeit zur Evaluation der <i>Best Practice</i> für Hausbesuche vor Austritt beschrieben. Dazu gehören die Effektivness, die Evaluation der Patientenauswahl, die Kosteneffektivness sowie die Entwicklung von Kriterien zum</p>
------------------------------------	--

	<p>Hausbesuch. Diese Arbeit zeigt auf, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller Fertigungslevels dabei bestärkt werden sollten, die Patientenbedürfnisse zu decken. Als Möglichkeiten dazu wurde genannt, die Ressourcen in der Institution anders zu priorisieren und zum Teil andere Optionen in Erwägung zu ziehen (z.B. <i>access visits</i> (ohne Patient) oder vorgängige Informationen von Angehörigen). Dies deckt sich mit früheren Erkenntnissen.</p> <p>Dass in Rehabilitationen die Hausbesuche öfters durchgeführt werden als im Akutsetting könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation besser geeignet sind, mehr Ressourcen bestehen oder eine erhöhte Fluktuation vorhanden ist.</p> <p>Alles in Allem wird die Entscheidungsfindung von vielen Faktoren beeinflusst. Ein Instrument zur Erleichterung der Entscheidungsfindung wäre sinnvoll und würde helfen, die Patientenbedürfnisse trotz pragmatischer Barrieren bestmöglich zu erreichen. Das Instrument müsste jedoch trotzdem eine gewisse Flexibilität aufweisen, um der Individualität gerecht zu werden.</p> <p><i>Positiv:</i> Es wurden zu den meisten Ergebnissen Bezug genommen und diese mit anderer Literatur unterstützt. Es entsteht ein klares Bild der Thematik und es werden klare Empfehlungen und Hauptaspekte ausgearbeitet, welche auch durch andere Literatur unterstützt wird.</p> <p><i>Kritik:</i> Nicht ganz alle Ergebnisse werden aufgegriffen. Beispielsweise wird die Aussage, dass klare Ziele für den Hausbesuch helfen können, nicht mehr erwähnt. Auch die erschwerte Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern der Gemeinde wird nicht mehr aufgegriffen. Die erkannten Werte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden nicht mit anderen Studien abgeglichen (z.B. Vorteile für die/den Patientin/Patienten oder die Angehörigen). Die Aussage in der Diskussion, dass alternative Möglichkeiten zum Hausbesuch in Erwägung gezogen werden können, wurde im Ergebnisteil nie erwähnt und erscheint neu. Obwohl explizit erwähnt wird, dass die Teilnehmenden aus der aktuellen Studie dies ebenfalls vorschlugen.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Das Team besteht aus mehreren Autorinnen (Triangulation), es wurden nebst Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auch die Sichtweise von verwandten Berufsgruppen zum Thema eingeholt (Triangulation).</p> <p><i>Kritik:</i> Es wurde nur eine Methode zur Datenerhebung beigezogen. die Teilnehmenden wurden nicht in die Verifizierung der Themen/Interpretation miteinbezogen (Member-Checking fehlt).</p> <p>Transferability (Übertragbarkeit)</p>

	<p><i>Positiv:</i> Die entwickelten Konzepte sind allgemein gefasst und können auch für andere Kontexte verwendet werden.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird in keinem Weg erwähnt, in welchen verschiedenen Fachbereichen und mit welchen Beeinträchtigungen die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu tun haben. Dies würde für die Übertragbarkeit auf unsere Zielgruppe helfen. Ausserdem ist die Übertragbarkeit beeinträchtigt durch den schmalen geografischen Umkreis (nur städtisch in einer Stadt in Australien). Es ist fraglich, ob die Stichprobe aussagekräftig für den Kontext der Studie (Australien) ist, was die Übertragbarkeit auf andere Kontexte weiter erschwert.</p> <p>Dependability (Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Gruppentreffen werden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Das Vorgehen zur Themenentwicklung wird beschrieben und es sind mehrere Autorinnen beteiligt. Die Datensättigung wird beschrieben. Die Rollen im Analyseverfahren sind geklärt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird kein Entscheidungsprozess zur Definition der Themen aufgezeigt, was die Transparenz der Themenentwicklung einschränkt. Die Entscheidungspfade werden auch nicht begründet.</p> <p>Confirmability (Bestätigbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Mittels <i>Peer-Review</i> wurden die Themen und Interpretationen unter drei Autorinnen rückbesprochen. Das Team besteht aus vielen Autorinnen, deren Aufgaben alle genau beschrieben wurden. Die Resultate sind sehr häufig empirisch mit Zitaten belegt und passen thematisch gut zu den Übertiteln. Eine Person zur Mitschrift war bei den Fokusgruppen dabei (Peer-Debriefing).</p> <p><i>Kritik:</i> Es wurde nichts von der Eigenreflexion der Autorinnen erwähnt bezüglich Vorkenntnissen. Es wurde kein Journal erwähnt.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die beschriebene Diskrepanz in der Studie zwischen dem Vorteil der Hausbesuche und dem Wunsch nach dem Erfüllen der Patientenbedürfnisse und den hingegen dazu hohen pragmatischen und kontextuellen Hindernissen kann auch in unserem Kontext erkannt werden. Der Einblick in die Sichtweise der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und deren Erleben gibt Aufschluss über mögliche Problematiken und die vorgetragenen Lösungsvorschläge sind durch die offene und unbestimmte Formulierung auch für unseren Kontext zu überdenken.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Konklusion (S. 256)</p>

<p>given the study findings?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Die Studie gibt einen Einblick in den ergotherapeutischen Entscheidungsprozess bei ergotherapeutischen Hausbesuchen vor Austritt im multiprofessionellen Kontext. Grundsätzlich wird darauf abgezielt, die Patientenbedürfnisse zu treffen, was jedoch durch kontextuelle und pragmatische Hindernisse erschwert wird. Die Fokusgruppen erläuterten den Wert der Hausbesuche, zeigten die Schwierigkeiten der Ressourcenknappheit auf und schlugen Verbesserungen vor. Ein Instrument zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses würde begrüsst und sollte entwickelt werden.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Konklusion ist kurz und verständlich formuliert.</p> <p><i>Kritik:</i> In der Konklusion fehlt die Aussage zur unterschiedlichen Empfindung zu mehr oder weniger erfahrenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p> <p>Implikation (S. 256)</p> <p>Ein Instrument zur Unterstützung der Entscheidungsfindung sollte in die Praxis implementiert werden. Es soll helfen die Notwendigkeit und die beste Option der Durchführung zu eruieren, sowie die Kommunikation erleichtern. Das Instrument soll besonders Berufseinsteigerinnen und -Einsteigern eine Hilfe sein. Es könnte den Bedarf eines Hausbesuchs aufzeigen aber auch Alternativen in Erwägung ziehen. Diese könnten zum Beispiel ein Zugangsbesuch (ohne Patientinnen und Patienten), virtuelle Alternativen, Möglichkeiten in Zusammenarbeit mit externen gemeindeorientierten Therapien oder neue Dienstleistungen nach Austritt sein. Das Instrument sollte auf einem theoretischen Modell basiert sein, um die Entwicklung des Berufes mitzuverfolgen. Im Bereich der Forschung sollte allgemein mehr in die Untersuchung von Hausbesuchen investiert werden, um deren Effektivness zu belegen. Dazu schlagen die Autorinnen ein Mixed Methods Design vor, welches eine umfassende Sichtweise und methodische Strenge erlaubt.</p> <p><i>Positiv:</i> Es werden konkrete und umfassende Implikationen für die Praxis und die Forschung ausgesprochen. In der Implikation wird das Instrument zur Entscheidungsfindung genauer erläutert und etwas konkretere Vorschläge dazu gebracht, was bisher noch sehr unbestimmt war.</p> <p>Limitationen (S. 256)</p> <p>Als Limitation wird bei der Methodik der Fokusgruppen genannt, dass die Verzerrung durch die Moderation und eine Minderheit in der Diskussion eine potenzielle Gefahr darstellen. Durch eine sorgfältige Planung wurde versucht, diese Aspekte abzuschwächen. Die Moderation durch eine berufsfremde Person könnte bedeuten, dass diese nicht sehr feinfühlig die Themen aufgreifen konnte. Die kontextuellen Umstände am Arbeitsplatz könnten die Länge der Diskussion beeinflusst haben. Wegen pragmatischen Gründen wurden Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, Pflegende oder ambulante Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nicht involviert. Die kleine Anzahl an Teilnehmenden aus einer Stadt und nur</p>
--	--

	<p>drei städtischen Spitälern verringert die Generalisierbarkeit. Die multidisziplinären Interessensvertreterinnen und Interessensvertreter repräsentieren nicht Fachpersonen von anderen klinischen Settings, welche weniger im Kontakt mit Hausbesuchen stehen.</p> <p><i>Positiv:</i> In der Limitation werden einige sehr wichtige Punkte angesprochen, die zur Einschränkung der Güte der Studie führen. Die Autorinnen reflektieren ihr Arbeit hier sehr gut.</p> <p><i>Kritik:</i> In den Limitationen fehlt die Erwähnung des möglichen <i>Confirmation Bias</i>. Dieser könnte entstanden sein, da die Autorinnen eine Fokusgruppe nach der anderen auswerteten und die vorhandenen Themen jeweils ergänzten. So könnte die Analyse der folgenden Datensätze bereits unter einem gewissen Filter passiert sein.</p>
--	--

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

Zusammenfassung und kritische Würdigung Studie 5 nach Letts et al. (2007)

Critical Review Form – Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007

McMaster University

CITATION:

<p>Whitehead, P., Fellows, K., Sprigg, N., Walker, M., Drummond, A. (2014) Who should have a pre-discharge home assessment visit after a stroke? A qualitative study of occupational therapists' views. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 77(8), 384–391. DOI: 10.4276/030802214X14071472109752</p>	
	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Zweck: (Abstract, S. 384)</p> <p>Der Zweck dieser Studie war die Faktoren zu ermitteln, welche die Entscheidung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beeinflussen, Hausbesuche durchzuführen.</p> <p>Forschungsfrage: (S. 385, letzter Satz)</p> <p>Welche Faktoren berücksichtigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei der Entscheidung, welche Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall vor der Entlassung nach Hause einen Hausbesuch benötigen?</p> <p><i>Positiv:</i> Die Forschungsfrage ist sehr klar beschrieben und beinhaltet Angaben zur Studienpopulation und zum Zeitpunkt des Hausbesuches.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Zuerst wird erwähnt, dass laut der Guideline <i>National clinical guideline for stroke</i> ein Hausbesuch vor Austritt bei Menschen nach einem Schlaganfall normalerweise durchgeführt wird. Dieser Hausbesuch zielt darauf ab, die Sicherheit und die Bewältigung des neuen Alltags nach Austritt zu gewährleisten. Wie andere Autorinnen und Autoren bereits festgestellt haben, herrschen aktuell in England grosse Unterschiede in der Durchführung solcher Hausbesuche. (S. 384, 1. Absatz)</p> <p>Die Autorinnen und Autoren dieser Studie beschreiben, dass bis jetzt keine Studie die Sicht der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten über die Art der Patientinnen und Patienten, mit denen sie Hausbesuche machen würden, durchgeführt wurde. Zudem hat keine frühere Studie analysiert, aufgrund welcher Grundlage Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten diese klinische Entscheidung treffen. Es wird hergeleitet, dass daher nicht bekannt ist, welche Faktoren Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Betracht ziehen, wenn sie entscheiden, welche Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall einen Hausbesuch erhalten sollten. (S.384, 1. Absatz)</p>

	<p>Es werden zwei frühere Studien beschrieben, welche gegensätzliche Ergebnisse publizieren bezüglich der Frage, welche Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall einen Hausbesuch erhalten sollen. Forschende haben herausgefunden, dass Patientinnen und Patienten auf einer Stroke Unit, welche länger im Spital und sehr unselbstständig und abhängig sind, eher einen Hausbesuch erhalten. Eine andere Studie publizierte, dass die Patientinnen und Patienten, welche einen Hausbesuch erhalten, keine längeren Spitalaufenthalt hatten und auch nicht weniger selbstständig sind. In diesen Gegensätzen sehen die Autorinnen und Autoren den Bedarf nach weiterer Forschung in diesem Gebiet. (S.385, 1. Absatz)</p> <p>Wenn man die allgemeine Literatur zum Thema Hausbesuche (ohne Schlaganfall) betrachtet, fällt auf, dass robuste und verlässliche Evidenz fehlt, die die klinische Effektivness und die Kosteneffizienz der Hausbesuche belegen. Dies zeigte auch ein umfassender Review. (S.385, 2. Absatz)</p> <p>Im letzten Abschnitt leiten die Autorinnen und Autoren die Forschungsfrage ab aus der mangelnden Evidenz, ob solche Hausbesuche effektiv die Ergebnisse der Patientinnen und Patienten verbessern und aus dem Zweifel, ob solche Hausbesuche kosteneffektiv sind. (S.385, 3. Absatz)</p> <p><i>Positiv:</i> Der Bedarf wird sehr deutlich aufgezeigt und der Mangel an Studien zum Thema Hausbesuch wird immer wieder erwähnt. Die verglichenen Studien haben eine gleiche Studienpopulation (Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten). Das Studiendesign der beiden Studien werden kurz erklärt (beide Studien erheben nicht die Meinung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, sondern befragen Patientinnen und Patienten oder erheben die Daten aus Patientenakten). Es wird ein guter Überblick zum gesamten Thema geschaffen und trotzdem klar abgegrenzt, wie die vorherige Literatur zum Thema einzuordnen ist.</p> <p><i>Kritik:</i> Durch das qualitative Studiendesign der Befragung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist fragwürdig, ob diese Studie darauf eingeht, ob die Hausbesuche kosteneffektiv sind.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?'</p> <p>Die Studie erfüllt alle Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Studiendesign: Interview, qualitativ → Population: Sicht Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten von Stroke Patienten/Patientinnen → Region: England (Europa) → Setting: stationär → Intervention: Hausbesuch (Entscheidung wird dokumentiert wer bekommt Hausbesuch)
<p>STUDY DESIGN: What was the design?</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Studiendesign wird nicht spezifiziert, es wird lediglich von einem qualitativen und explorativen Ansatz gesprochen. Die Fragestellung und die Herangehensweise weisen einen phänomenologischen Charakter auf. Da nach der</p>

<input checked="" type="checkbox"/> (phenomenology) <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other:	<p>Sicht von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gefragt wird, scheint das Design geeignet, um die Fragestellung zu beantworten.</p> <p>Diese qualitative Studie wurde als Teil einer anderen Studie (<i>randomized controlled trial</i> (RCT)) durchgeführt. Das Ziel dabei war, durch die Kombination von Machbarkeitsstudie und qualitativen Ansätzen die Ergebnisse des RCT's in die klinische Praxis zu übernehmen.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die theoretische oder philosophische Perspektive der Autorinnen und Autoren wird nicht, bzw. zu wenig beschrieben. Es wird einzig erwähnt, dass diese Studie als qualitativer Teil einer Machbarkeitsstudie durchgeführt wurde und oftmals auf diese verwiesen. Wie bereits erwähnt lassen das Erfragen einer Sichtweise und das Herangehen mittels thematischer Analyse (Braun & Clarke, 2006) auf einen phänomenologischen Ansatz schliessen. Daher könnte angenommen werden, dass auch diese theoretische Perspektive vertreten wird.</p>
<p>Method(s) used:</p> <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews (semi-structured) <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other:	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden von den Autorinnen und Autoren in Zusammenarbeit mit dem HOVIS-Forschungsteam, welches sich grösstenteils mit dem Team dieser Studie überschneidet, vorbereitet. Dieser beinhaltete folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundlegende demografische Informationen • Zweck von Hausbesuchen • Schilderungen von Besuchen • Verbesserungsideen • Probleme bei Besuchen • Anwesende Personen bei Besuchen <p>Die Autorinnen und Autoren begründen, dass die Durchführung von Interviews die <i>core method</i> ist, um die Sicht und Erwartungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befragen (Method, S. 385). Die Interviews wurden per Telefon durchgeführt. (Method, S.386, 1. Absatz) Es wurde besonders Wert daraufgelegt, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Beispiele bringen, bei welchen Patientinnen und Patienten ein Hausbesuch indiziert ist und bei welchen nicht. Die Begründung spielte dabei eine wichtige Rolle. Der Fragebogen wurde mit einer erfahrenen ergotherapeutischen Fachperson zuerst ausprobiert, worauf noch minimale Anpassungen stattfanden. (S. 385)</p> <p><i>Positiv:</i> Durch das Fragen nach Beispielen werden wichtige Aussagen gesammelt, welche zur Beantwortung der Fragestellung dienen können.</p> <p><i>Positiv/Kritik:</i> Die semi-strukturierte Interviewform hilft einerseits, dass alle Themen abgedeckt werden. Durch die Fragen der Interviewerin/ des Interviewers kann es sein, dass die Antworten des Gegenübers in eine bestimmte Richtung verlaufen. Dies wird von den Autorinnen und Autoren nicht</p>

	<p>in Betracht bezogen. Der Fragebogen wurde mit einer Fachperson zuerst ausprobiert und nochmals angepasst. Es ist fraglich, ob zur Überprüfung eine Fachperson genügt.</p> <p><i>Kritik:</i> Es kommt nicht klar hervor, wer den Interviewleitfaden erstellt hat, die Autorinnen und Autoren dieser Studie oder das HOVIS-Forschungsteam einer vorhergehenden Studie. Es wird ebenfalls nichts darüber erwähnt, dass aufgrund des telefonischen Interviews weder Mimik noch Gestik in die Antworten miteingeflossen sind.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die Autorinnen und Autoren haben eine Email an alle Mitglieder des <i>College of Occupational therapists specialist section for Neurological Practice</i> geschickt. Dabei erreichten sie eine Population von ca. 800 Personen. Es wurden erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten angesprochen, welche in stationären Schlaganfall-Einrichtungen arbeiten. Alle Personen, die sich freiwillig gemeldet haben, wurden auf einer geografischen Karte eingezeichnet, damit 20 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus verschiedenen Regionen ausgewählt werden konnten. Damit eine geografisch möglichst breit gestreute Stichprobe rekrutiert werden kann, haben die Autorinnen und Autoren darauf achtgegeben, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus allen Regionen Englands auszuwählen. (S.385, Sampling 2. Spalte)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen und Autoren beachten bei der Auswahl der Stichprobe, dass sich die Sichtweise der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus ländlicher und städtischer Umgebung unterscheiden.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Autorinnen und Autoren haben bewusst Senior-Ergotherapeutinnen und -Ergotherapeuten ausgewählt, um die Sicht von erfahrenen Personen zu hören. Im Titel, im Zweck und in der Forschungsfrage der Studie wird allerdings von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im Allgemeinen gesprochen. Durch das Einschränken der Stichprobe auf die erfahrene Generation verkleinert dies die Übertragbarkeit auf alle Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?2</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Es wird keine Aussage über die Redundanz gemacht. Die Autorinnen und Autoren beschreiben jedoch die Anzahl von 20 Teilnehmer als «angebracht und übersichtlich». Die Anzahl Stichproben wird bereits zu Beginn definiert und nicht mehr verändert (S. 385). Die Regionen und Gesundheitsinstitutionen, aus denen die verschiedenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten stammen, werden in Tabelle 1 aufgeführt. Die Tabelle 2 zeigt, in welchem Typ von Institution die Teilnehmenden arbeiten (Acute/Rehabilitation/Mixed/Not specified) und wie viele Patientinnen und Patienten durch die jeweiligen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten betreut werden. Die Interviews haben zwischen 17 und 67 Minuten gedauert (Durchschnitt 39 Minuten) (S.386).</p> <p><i>Positiv:</i> Es wurden über 800 Personen angeschrieben, woraus sich 75 Personen freiwillig gemeldet haben (Findings, S. 386, 1. Absatz). Daraus haben</p>

	<p>die Autorinnen und Autoren 20 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bewusst anhand einer ausgeglichenen geografischen Streuung ausgesucht. Somit wird die Übertragbarkeit erhöht. Die Stichprobengröße wurde als angemessen erklärt.</p> <p><i>Kritik:</i> Im Titel, im Zweck und in der Forschungsfrage wird immer von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gesprochen, die Stichprobe schliesst aber nur erfahrene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ein. Zudem wird nirgends definiert, was die Autorinnen und Autoren unter «erfahren» verstehen und wie viele Erfahrungsjahre die Teilnehmenden vorweisen. Bei der Datenanalyse beschreiben die Autorinnen und Autoren nichts von der Datensättigung oder ob noch neue Themen auftauchen. Die Spannweite der unterschiedlichen Interviewlängen scheint eher lang, deshalb ist fragwürdig, ob bei allen Interviews das Maximum an Antworten erfragt wurde.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Alle Teilnehmer haben freiwillig an der Studie teilgenommen. Die Zustimmung wurde verbal eingeholt und aufgezeichnet. (Method, S. 386, 1. Absatz)</p> <p>Die ethische Genehmigung für die Studie wurde von der <i>Berkshire Research Ethics Committee</i> gegeben. (S. 385, 2. Spalte, 3. Absatz)</p> <p><i>Positiv:</i> Es wird von beiden Seiten, einem Ethik-Komitee und von Seiten der Teilnehmenden die Zustimmung eingeholt und deklariert.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Es wird beschrieben, dass die Interviews telefonisch durchgeführt wurden, zu einem Zeitpunkt, der den Teilnehmerinnen und Teilnehmern passte. Die Interviews wurden von vier Mitgliedern des Forschungsteams gemacht (S. 386, 1. Absatz). Es ist angegeben, dass der Interviewleitfaden von den Autorinnen und Autoren in Zusammenarbeit mit dem HOVIS <i>research team</i> geschrieben wurde (S. 385).</p> <p>Die demografischen Daten der Teilnehmenden werden in Tabelle 1 und 2 beschreiben. Es werden geografische Herkunft, NHS Band Level, Art der Institution und Anzahl betreuende Fälle genannt.</p> <p>Im Methodenteil der Studie gibt es keine Hinweise auf Bias oder Annahmen der Autorinnen und Autoren. Es werden auch keine Vorkenntnisse oder Vorannahmen kritisch reflektiert. In den Limitationen werden nur wenige Limitationen beschrieben.</p> <p><i>Positiv:</i> Es sind ausführliche Daten zum Arbeitsort der Teilnehmenden vorhanden. In den Limitationen wird beschrieben, dass bei dieser qualitativen Studie der Grad der Subjektivität der Autorinnen und Autoren und der Interpretation der Daten zu Bias führen kann.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird nicht angegeben, ob die Interviews zu Hause oder auf der Arbeit durchgeführt wurden. Zudem ist es fraglich, ob die Beantwortung des Interviews auf Arbeitszeit gemacht wurde. Es ist weder beschrieben, wer genau das HOVIS-Forschungsteam ist, noch was für berufliche Hintergründe diese Personen haben. Beim genaueren Hinschauen wird klar, dass sich die Autorinnen und Autoren dieser Studie sowie der HOVIS-Studie beinahe</p>

	<p>identisch sind. Es fehlt auch eine Angabe zur Beziehung des Autorenteams zu den Teilnehmenden. In der Studie wird nicht geschrieben, wie die Autorinnen und Autoren persönlich zu dem Thema Hausbesuche stehen und was für Erfahrungen sie bereits damit gemacht haben. Die Anzahl Jahr Erfahrung oder was die Autorinnen und Autoren als «erfahren» definieren wird nicht benannt. Zudem fehlt eine Erklärung, was NHS bedeutet.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Die Angaben zu den Forschenden des HOVIS-Teams oder eine Bemerkung, dass diese beinahe identisch mit dem Autorenteam dieser Studie sind, fehlen. Es ist schwierig einzuschätzen, wie gross die Chance ist, dass die Autorinnen und Autoren eigene Interpretationen der Aussagen miteinfließen haben lassen oder nicht.</p> <p>Eine wichtige Angabe sind die Erfahrungsjahre der befragten Senior-Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Die Leserin oder der Leser wird vom nicht definierten Begriff «erfahren» verunsichert, da kein Bild davon gegeben wird, wer als erfahren gilt. Es macht es schwierig ein Bild der Stichprobe zu bekommen.</p> <p>Es fehlt eine Erklärung, für die grosse Spannweite der verschiedenen Interviewlängen. Die Interviews sind zwar semi-strukturiert, allerdings sind alle Interviewerinnen und Interviewer nach einem Interviewleitfragen vorgegangen. Die Frage kommt auf, ob teilweise die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weniger Beispiele gebracht haben oder ob gar nicht alle Fragen gestellt wurden.</p>
<p>Procedural Rigor</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Das HOVIS-Forschungsteam hat einen Interviewleitfaden zusammengestellt. Dieser wurde durch einen Senior-Ergotherapeut in Neurologie geprüft. Danach wurden noch kleine Anpassungen vorgenommen. Alle Interviews wurden von vier Mitgliedern des Forschungsteams durchgeführt. Die Interviews fanden telefonisch statt und wurden digital aufgezeichnet. Die durchschnittliche Länge der Interviews sowie die Dauer des längsten und kürzesten Interviews wurden dokumentiert. Die Transkription erfolgte durch ein professionelles Team. Die jeweiligen Interviewerinnen und Interviewer haben anschliessend das Transkript durchgelesen, um zu überprüfen, dass alles richtig dokumentiert wurde. (S. 385 – 386)</p> <p><i>Positiv:</i> Der Datensammlungsprozess wurde gut beschrieben.</p> <p><i>Kritik:</i> Die Erfahrung der Interviewerinnen und Interviewer mit solchen Befragungen und ob sich diese über das Vorgehen abgesprochen haben, ist nicht klar.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p>

	<p>Wenn diese nur wenig eingeschränkt sind oder eine sehr starke Beeinträchtigung haben, lohnt sich der Hausbesuch aus Sicht der Teilnehmenden nicht.</p> <p><u>Theme 2: Home environment factors (S. 387-388)</u></p> <p>Beim Grad der Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten, erwähnen die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, dass die Umwelt ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Es kommt darauf an, ob die Umwelt Zuhause die verlangte Unterstützung bieten kann. Die befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geben den Hausbesuch als gutes Mittel an, um dies zu beobachten. Gerade wenn keine andere Person (z.B. Angehörige) dazu Auskunft geben kann.</p> <p><i>Physical features of the home:</i></p> <p>Der Hausbesuch wird eingesetzt, um die gegebenen Anforderungen Zuhause anzuschauen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nutzen dies, um Gefahren zu erkennen und im besten Fall zu beseitigen. Ebenfalls wird beim Hausbesuch überprüft, ob die abgegebenen Hilfsmittel eingesetzt werden können oder ob allenfalls noch Bedarf besteht.</p> <p><i>Availability of support home:</i></p> <p>Die Verfügbarkeit von Unterstützung Zuhause, ist ein wichtiger Mitentscheidungsgrund für einen Hausbesuch. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschreiben, dass es wichtig sein kann, besorgten Angehörigen zu zeigen, dass sich die Patientin oder der Patient im gewohnten Umfeld Zuhause besser bewegen kann. Auf der anderen Seite kann es aber auch notwendig sein, den Angehörigen zu zeigen, dass die Einschränkungen viel komplexer sind, als sie dies im Spital wahrnehmen. Beides werden als wichtige Gründe für einen Hausbesuch genannt, dass Gefühl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist ausschlaggebend. Wenn die Auskunft der Angehörigen über das Zuhause bereits sehr ausführlich und realistisch ist, kann dies gemäss den Teilnehmenden sogar einen Hausbesuch kompensieren. Ein weiterer Entscheidungsgrund, ob ein Hausbesuch durchgeführt werden soll, ist die medizinische Nachbetreuung. Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten beschreiben, dass wenn Betroffene nach der stationären Rehabilitation ambulant oder domizil nachbetreut werden, sehen sie einen Hausbesuch als nicht indiziert.</p> <p>Es wird erwähnt, dass die Teilnehmenden die Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten in Bezug mit der Unterstützung Zuhause stellen. Aufgrund dieser Passung wird von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten individuell entschieden, ob ein Hausbesuch indiziert ist.</p> <p><u>Theme 3: Influences on occupational therapists: (S. 388)</u></p> <p>Andere Faktoren, die einen Einfluss auf das ergotherapeutische Reasoning haben, wurden als viel kleinere Komponente beschrieben.</p> <p><i>External influences:</i></p> <p>Externe Faktoren, die die Entscheidung von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich eines Hausbesuches mitbestimmen, sind Zeit, Ressourcen und Personalverfügbarkeit. Die Autorinnen und Autoren</p>
--	---

	<p>beschreiben, dass es scheint, als ob die Teilnehmenden aufgrund des Zeitdrucks weniger Hausbesuche machen, als sie möchten. Sie erwähnen ebenfalls den hohen Aufwand, der für ein Hausbesuch benötigt wird. Ein weiterer Grund ist, dass andere Personen die Entscheidung mitbeeinflussen, einerseits im interprofessionellen Team, andererseits wenn Angehörige oder Betroffene dies explizit wünschen.</p> <p><i>Internal influences:</i></p> <p>Es wird beschrieben, dass es in wenigen Fällen keine Erklärung gibt, warum ein Hausbesuch sinnvoll ist oder nicht. In diesen Fällen kann das Bauchgefühl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ausschlaggebend sein.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Themen sind sehr wichtig in Bezug auf die Forschungsfrage. Die Einteilung in die Subthemen macht Sinn. Die jeweiligen Erkenntnisse werden sinnvoll und anschaulich mit Zitaten untermauert. Es wird darauf eingegangen, dass vielfach das Gefühl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ausschlaggebend ist für die Entscheidung, ob ein Hausbesuch durchgeführt werden soll oder nicht. Dies scheint sehr einleuchtend. Die Autorinnen und Autoren beschreiben, dass die jeweiligen Subthemen nicht isoliert von den anderen Themen betrachtet werden können, sondern einander gegenseitig beeinflussen.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Leserschaft wird anfangs des Resultateteils einen Überblick gegeben, welcher bereits als eine Art Zusammenfassung dient. In diesem wird beschrieben, dass meistens mit Patientinnen und Patienten, die schwerer betroffen sind, einen Hausbesuch durchgeführt wird. Abschliessend wird in den Subthemen beschrieben, dass am meisten mit Patientinnen und Patienten, die mässig schwer betroffen sind, einen Hausbesuch durchgeführt wird. Diese Aussagen sind widersprüchlich. Die Autorinnen und Autoren geben keinen Hinweis darauf, ob die Themen alle Daten der Interviews inkludiert haben. Die Aussage, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aufgrund von Zeitdruck weniger Hausbesuche machen, als sie möchten, wird nicht mit einem Zitat belegt. Mit der Wortwahl «es scheint, dass» wird die Aussage zusätzlich abgeschwächt. Wurde hier eventuell beim Interview zu wenig nachgefragt?</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die Datenanalyse haben die Autorinnen und Autoren nach den sechs Schritten der thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) durchgeführt (S. 386). In einem ersten Schritt wurden die Transkripte mehrmals durchgelesen und die Audios angehört, um vertraut mit den Aussagen der einzelnen Teilnehmenden zu werden. In einem zweiten Schritt wurden alle Aussagen, die wichtig zur Beantwortung der Forschungsfrage waren, codiert. In der dritten Phase wurde nach Mustern der verschiedenen Codes gesucht und Hauptthemen abgeleitet. Die vierte Phase diente zur Überprüfung, ob alle Codes richtig vergeben wurden. In der fünften Phase wurden die Hauptthemen benannt. Der sechste Schritt diente dazu, eine abschliessende Analyse zu machen und die Themen noch zu verfeinern.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen und Autoren tauschen sich über die Aussagen aus und diskutieren, um sich einig über die verschiedenen Codes zu werden.</p>

	<p><i>Kritik:</i> Es wird nicht beschrieben, wie viele Personen des Autorenteam beim Analysieren der Daten anwesend waren und wie lange die jeweiligen Schritte gedauert haben. Es wird kein Entscheidungsbaum über die Themenfindung publiziert oder erwähnt.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Im Diskussionsteil der Studie beschreiben die Autorinnen und Autoren, dass der Entscheidungsprozess bezüglich Hausbesuchen von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten <i>als multi-faceted</i> beschrieben wird (S.389). Zwei Hauptfaktoren werden von den befragten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten benannt: Fähigkeiten des Patienten, seine Aufgaben des täglichen Lebens zu bewältigen und Aspekte der Umwelt des Patienten. Das im Resultatteil beschriebene dritte Thema <i>Influences on occupational therapists</i> macht eine kleine Komponente des ganzen Prozesses aus.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren erkennen, dass die beiden Hauptfaktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden können, sondern gegenseitig aufeinander einwirken und untermauern diese Aussage konkret mit einem Beispiel. Die Autorinnen und Autoren beschreiben ein Ungleichgewicht der Komponenten Patient/Patientin und Umwelt als Grund für die Durchführung eines Hausbesuchs. Der Hausbesuch wird als ein Instrument zur Sammlung weiterer Informationen und zur Suche nach einem Weg zur Wiederherstellung oder Förderung des Gleichgewichts zwischen den beiden Bereichen beschrieben.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren verweisen auf eine frühere Arbeit, welche ebenfalls auf das Ergebnis gekommen ist, dass der Passus von Mensch und Umwelt möglichst gross sein soll. Sie nehmen zudem Bezug zum <i>Person-Environment-Occupational Model</i> (PEO), welches die Beziehung von Mensch-Umwelt und Betätigung beschreibt. Dabei gehen sie darauf ein, dass die Ergotherapie das Maximum aus diesen drei Komponenten herausholen soll.</p> <p><i>Kritik:</i> Der Diskussionsteil wird sehr allgemein gehalten. Die beiden Hauptthemen der Resultate werden nur kurz aufgegriffen, aber nicht mit Literatur untermauert. Die Subthemen der Resultate werden nicht explizit nochmals erwähnt. Das PEO-Modell wird weder zu der Thematik Hausbesuch in Bezug gestellt noch zur Forschungsfrage, welche Faktoren Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei der Entscheidung von Hausbesuchen beschäftigen. Resultate werden nicht mit weiterer Literatur begründet oder mit gegensätzlicher Literatur verglichen, zudem wird kein Bezug mehr zu in der Einleitung verwendeten Literatur genommen. Die einzige hinzugezogene Literatur ist eine unveröffentlichte Arbeit. Das dritte Unterthema von anderen Einflüssen wird nur in einem Satz als weniger wichtig abgehandelt. Dabei gäbe es hierzu viel Vergleichsliteratur, welche z.B. die Ressourcenknappheit ebenfalls thematisiert. Die Forschungsfrage wird nicht abschliessend beantwortet.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility (Glaubwürdigkeit)</p>

<p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Positiv:</i> Beim Analysieren der Daten haben sich die Autorinnen und Autoren untereinander abgesprochen und Uneinigkeiten diskutiert. Das Autorenteam besteht aus mehreren Personen (=Triangulation). Dass die Person, welche das Interview geführt hat, nach der Transkription den Text nochmals überprüft hat, kann positiv gewertet werden.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird keine Vielzahl von Methoden angewendet, sondern lediglich das Interview. Im Datenanalyseverfahren wird keine Angabe darüber gemacht, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nochmals die Möglichkeit hatten, ihre Aussagen schriftlich zu überprüfen (Member-Checking).</p> <p>Transferability (Übertragbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Zielgruppe wird in der Studie klar beschrieben. Teile der erarbeiteten Themen können je nach Krankheitsbild und Einschränkung auch auf die Arbeit mit einem anderen Klientel angewendet werden. Das Mensch-Umwelt-Betätigungsmodell vom Diskussionsteil ist auch in andere Kontexte übertragbar.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wurden alle Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf derselben Plattform angeschrieben. In den Limitationen der Studie schränken die Autorinnen und Autoren deshalb die Übertragbarkeit ein.</p> <p>Dependability (Verlässlichkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Das Autorenteam besteht aus mehreren Personen. Der Interviewleitfaden wurde mit dem Forschungsziel abgeglichen und von einer Fachperson überprüft. Alle Interviewerinnen und Interviewer lesen die Interviewtranskriptionen mehrmals durch und hören sich die Aufnahmen an, um vertraut mit den Daten zu werden. Nachdem die Codes vergeben und Hauptthemen bestimmt wurden, fand ein cross-reference mit den anderen Teammitgliedern statt. Uneinigkeiten wurden diskutiert und die somit die Nachvollziehbarkeit durch Einbezug des gesamten Autorenteam erhöht.</p> <p><i>Kritik:</i> Es wird kein Entscheidungsbaum zur Themenfindung dargestellt und diese auch nicht explizit begründet.</p> <p>Confirmability (Bestätigbarkeit)</p> <p><i>Positiv:</i> Die Aussagen der Teilnehmenden werden als sehr nachvollziehbar erachtet und die Themenaufteilung im Resultatteil gibt ein gutes Bild, welche Faktoren Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bei der Entscheidung eines Hausbesuchs beschäftigen. Cross-reference wird gemacht, um die Codierung der Aussagen und Benennung der Hauptthemen zu diskutieren. Die Ergebnisse werden laufend mit wortwörtlichen Zitaten untermauert.</p> <p><i>Kritik:</i> Durch wenig Angaben zu den Hintergründen der Autorinnen und Autoren ist es schwierig einzuschätzen, inwiefern Interpretationen gemacht wurden. Keine Angaben zu den Beziehungen zwischen dem Autorinnen und Autoren und Teilnehmenden. Weiter wurde nichts von einem Tagebuch oder Peer-Review geschrieben. Es wurde somit kein reflektiver Ansatz angewendet, um Vorurteilen vorzubeugen.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p>
---	--

	<p>Die Studie gibt wichtige Einblicke, was für Faktoren für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ausschlaggebend sind, ob eine Patientin oder ein Patient einen Hausbesuch braucht oder nicht. Insbesondere, dass die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit Menschen nach einem Schlaganfall arbeiten, ist für uns sehr interessant und bringt uns einen Mehrwert für unsere Bachelorarbeit. Die Aussagen der Fachpersonen geben uns einen Einblick in deren Reasoning und Entscheidungsprozess. Die definierten Themen und Subthemen können in unserer Arbeit aufgegriffen werden.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Konklusion (S. 390)</p> <p>Die Autorinnen und Autoren fassen in der Konklusion nochmals die wichtigsten Aspekte der Studie zusammen. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten geben bei der Befragung an, dass nicht die Personen mit den schwersten physischen und kognitiven Beeinträchtigungen diejenigen sind, welche am ehesten einen Hausbesuch brauchen. Bei diesen wurden vielfach Bedenken geäußert, ob sie den Anforderungen des Hausbesuches gewachsen sind. Die Teilnehmenden erläutern, dass es die mittelschwer betroffenen Patientinnen und Patienten sind, welche am ehesten einen Hausbesuch benötigen. Wichtige Faktoren bei der Entscheidungsfindung sind, inwiefern die Einschränkungen das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen und wie deren soziale und physische Umwelt Zuhause aussieht. Diese Ergebnisse zeigen eine Entwicklung in der Praxis auf und sollen weiter erforscht werden.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen und Autoren geben in der Konklusion einen kurzen, aber aussagekräftigen Überblick zur ganzen Studie und den Ergebnissen.</p> <p><i>Kritik:</i> Das dritte Thema aus den Resultaten wird in der Konklusion nicht angesprochen. Somit ist diese nicht vollständig.</p> <p>Implikationen (S. 389/390)</p> <p>Die Autorinnen und Autoren ermutigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aufgrund der mangelnden Evidenz, bei der Entscheidung, welche Patientinnen und Patienten einen Hausbesuch benötigen, auf ihre eigene Entscheidung und Clinical Reasoning zu vertrauen. Viele der Teilnehmenden geben an, vor allem bei kognitiven Beeinträchtigungen unsicher zu sein, ob sich ein Hausbesuch lohnt. Hier gilt es besonders abzuwägen, was die Vorteile des Hausbesuches ist und wie aufwändig dieser für Patientinnen und Patienten ist. Diese Studie hat als eine der wenigen Studien Betroffene mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht ausgeschlossen und herausgefunden, dass vor allem bei solchen eine Unsicherheit bei Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich Hausabklärung besteht. Berechtigterweise appellieren die Autorinnen und Autoren für weiterführende Forschung in dieser Thematik, da der Bedarf in der Praxis besteht. Als weiterer wichtiger Aspekt zeigt die Studie auf, dass die Umwelt der Patientinnen und Patienten einen wichtigen Einfluss für die Entscheidung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten hat. Der <i>National clinical guideline for stroke</i> erwähnt die Umwelt der Patientinnen und Patienten nicht speziell, bei der Empfehlung</p>

	<p>welche Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten einen Hausbesuch benötigen. Die definierten Themen und Subthemen helfen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Praxis als Anhaltspunkte für deren Entscheidungsfindung.</p> <p>Limitationen (S. 389)</p> <p>Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben Ressourceneinschränkungen nur nebenbei erwähnt. Aus diesem Grund verfolgt die Studie die Thematik nicht näher. Die Autorinnen und Autoren erwähnen allerdings, dass sie nicht einschätzen konnten, welche Wichtigkeit dieser Aspekt tatsächlich hat und zur Gewichtung der Entscheidungsfindung beiträgt. Deshalb empfehlen sie diesbezüglich weiterführende Forschung.</p> <p>Der Grad der Subjektivität und die Interpretation der Daten durch die Autorinnen und Autoren werden als Limitation beschrieben. Um den Limitationen der mangelnden Subjektivität entgegenzuwirken, haben die Autorinnen und Autoren folgendes unternommen: Datensammlung und -codierung durch vier verschiedene Autorinnen und Autoren, cross-checking der Codes/Themen durch das gesamte Autorenteam.</p> <p>Da alle 20 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf derselben Plattform angeschrieben wurden und alle aus England stammen, erwähnen die Autorinnen und Autoren, dass diese Studie nicht repräsentativ für andere Länder ist.</p> <p><i>Positiv:</i> Die Autorinnen und Autoren haben darauf geschaut, dass die rekrutierte Stichprobe aus allen Regionen Englands stammen. Bisher wurde auf den Aspekt der Ressourcenknappheit nicht stark eingegangen, obwohl dieser, wenn man andere Studien betrachtet, eine relativ grosse Gewichtung hat. Somit ist es den Autorinnen und Autoren positiv anzurechnen, dass sie dies hier erwähnt haben. Es ist positiv, dass die Autorinnen und Autoren den Grad der Subjektivität erwähnen und aufzeigen, wie sie den Bias minimieren wollten.</p> <p><i>Kritik:</i> Es fehlt in den Limitationen die möglichen Einschränkungen der Interpretation durch das Fehlen von non-verbale Signalen, die durch die Telefoninterviews hervorgerufen werden.</p>
--	---

1 When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

2 Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.