

Austrittsplanung an Schweizer Rehabilitationskliniken

Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag*

Veronika Schoeb^a, Anita Hartmeier^b, Sara Keel^c

^a PhD Soziologie, Physiotherapeutin, MSc Health Care Administration – Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Lausanne;

^b MSc Professional Development and Education in Health and Social Care, Physiotherapeutin – Bürgerspital Solothurn;

^c PhD Human- und Geistes- sowie Sprachwissenschaften, Master in Soziologie – Hochschule für Gesundheit Freiburg

Summary

Austrittsplanung an Schweizer Rehabilitationskliniken:

Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag

Der Artikel fasst eine Forschungsarbeit von Soziologinnen und Physiotherapeutinnen in Zusammenarbeit mit Medizinerinnen und Pflegefachpersonen zusammen. Im Zentrum steht die Frage, wie Erkenntnisse, die durch Kommunikations- und Kollaborationsforschung in Rehabilitationskliniken erzielt wurden, für die tägliche Arbeit der Fachpersonen in der Klinik fruchtbar gemacht werden können. In verschiedenen Kliniken wurden Gespräche zur Rehabilitationsplanung der Patient(inn)en auf Video aufgezeichnet und anschliessend von den Beteiligten unter Einhaltung bestimmter Regeln analysiert. Die Reflexion der kommunikativen Strategien anhand von Daten aus der eigenen Institution erwies sich als erfolgreicher Ansatz: Gewonnene Erkenntnisse wurden an institutionsinterne Qualitätssteuerungsgruppen übergeben und schlugen sich in den Jahreszielen der Klinik nieder.

Evidenzbasierte Praxis (EBP) ist heute in aller Leute Munde. Seit Sackett und Kollegen [1]** den Begriff beschrieben haben, wurden viele Artikel zu diesem Thema publiziert. Das ultimative Ziel von EBP ist es, durch den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis sowohl beste Qualität als auch eine positive Erfahrung für Patient(inn)en im Gesundheitswesen zu erreichen [2]. Unser Artikel zeigt auf, wie der Transfer von Resultaten eines Projektes im Bereich der Kommunikations- und Kollaborationsforschung in die Praxis konkret aussehen kann. Wir argumentieren, dass ein konstruktivistischer Ansatz das Verstehen der eigenen Praxistätigkeit fördern kann und dass mit Hilfe von Videomaterial ein reflexives Denken das ideale Sprungbrett für das Erreichen der besten Qualität bieten kann.

* Zweiter Platz des «Call for Paper in Medical Humanities» (vgl. Kasten)

** Die Literaturangaben finden sich unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2015 → 5.

An Schweizer Hochschulen und klinischen Instituten führen Sozial- und Geisteswissenschaftler viele Forschungsprojekte durch, deren Ergebnisse für die medizinische Arbeit von Relevanz sind. Im Frühjahr 2014 haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz eine Ausschreibung lanciert mit dem Ziel, den Nutzen dieser Forschung für die medizinische und pflegerische Praxis aufzuzeigen und wichtige Forschungsergebnisse im Bereich der «Medical Humanities» bekannt zu machen. Die vier erstplatzierten Arbeiten werden in der SÄZ publiziert. Angaben zu den Gewinnern finden sich unter www.akademien-schweiz.ch/medhum

Studie zu Patientenpartizipation in der Austrittsplanung

Interdisziplinäre Teams in Rehabilitationszentren organisieren regelmässig Sitzungen, um Patient(inn)en eine optimale Pflege zu gewährleisten [3]. Um diese Sitzungen erfolgreich durchführen zu können, scheinen Faktoren wie Leadership, Kommunikation, Teamverhalten, Emotionen, Erfahrungen, sowie die Arbeitsatmosphäre eine wichtige Rolle zu spielen [4, 5]. Zunehmend wird auch erwartet, dass Patient(inn)en in Rehabilitationskliniken in die Entscheidungsfindung in Bezug auf die Austrittsplanung involviert werden. Studien zeigen auf, dass einerseits strukturelle und persönliche Faktoren und andererseits der Einbezug von Patient(inn)en die Entscheidungsfindung beeinflussen können [6–9]. Wie jedoch die konkrete Einbindung von Patient(inn)en in interdisziplinäre Meetings aussieht, darüber weiss man noch wenig.

Ziel der Studie

Das Ziel unseres Projektes war es zu untersuchen, wie Patient(inn)en in die Austrittsplanung und somit in die dafür vorgesehenen klinischen Strukturen – interdisziplinäre Sitzungen, medizinische und Pflege-Visiten – miteinbezogen wurden. Detailliert wurde untersucht, wie Wünsche und Erwartungen der Patient(inn)en in die Diskussion einfließen und wie diese in die Rehabilitationsplanung miteinbezogen werden.

Datensammlung und Datenanalyse

37 Patient(inn)en, die in einer der drei nachfolgenden Rehabilitationskliniken hospitalisiert waren, wurden in die Studie eingeschlossen: Klinik 1 (französische Schweiz) mit 112 Betten für Patient(inn)en mit neurologischen oder muskuloskelettalen Problemen; Klinik 2 (Tessin) mit 60 Betten für Patient(inn)en mit muskuloskelettalen oder onkologischen Problemen, Klinik 3 (Deutschschweiz) mit 27 Betten für Patient(inn)en mit neurologischen, muskuloskelettalen oder geriatrischen Problemen. 164 interdisziplinäre Sitzungen und klinische Visiten wurden gefilmt (unge-

Tabelle 1: Audiovisuelles Datenmaterial.

	Klinik 1 14 Patient(inn)en	Klinik 2 12 Patient(inn)en	Klinik 3 11 Patient(inn)en
Interdisziplinäre Sitzungen	46 Sitzungen		11 Eintrittsbesprechungen 17 wöchentliche Teambesprechungen
Medizinische Visiten (Patient/in, Arztpersonal, Pflegefachperson)	47 medizinische Visiten	9 medizinische Visiten	
Besprechung Pflegefachperson–Patient/in		1 Eintrittsbesprechung 12 Zwischenbesprechungen 11 Austrittsbesprechungen	
Besprechung Sozialarbeiterin–Patient/in		10 Besprechungen	
Total (N = 164)	93 Sitzungen	43 Sitzungen	28 Sitzungen

fähr 27 Stunden Videomaterial) und mit Konversationsanalyse analysiert. Dieser Forschungsansatz ermöglicht es, mit Hilfe von Videoaufnahmen Kommunikationsmuster zwischen Patient(inn)en und Gesundheitsfachpersonen zu beschreiben [10]. Auf diese Weise gelingt es, ein vertieftes Verständnis über die Interaktionen zwischen den beteiligten Personen zu erlangen [11–13]. Die Tabelle 1 zeigt die Anzahl und den Typus der gefilmten Sitzungen pro Klinik auf. Die gefilmten Interaktionen wurden im Detail nach herkömmlichen Konventionen transkribiert [14–16].

Forschungsergebnisse

Die Resultate dieser Studie zeigen auf, inwiefern die strukturelle Organisation der Austrittsplanung sowie die Kommunikationsstrategien der involvierten Gesundheitsfachpersonen einen Einfluss auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Patientenpartizipation haben [17]. Patient(inn)en beteiligten sich auf verschiedene Art und Weise in Diskussionen über die

Austrittsplanung. In der ersten Klinik nimmt das Arztpersonal eine wichtige Rolle ein, indem es sich auf Diskussionen mit dem Team abstützt, wenn mit Patient(inn)en die Austrittsplanung während medizinischen Visiten diskutiert wird und dem Patienten dabei mehr oder weniger Raum gegeben wird [17]. In Klinik 2 konnten wir einen «reziproken» Kommunikationsstil (ähnlich einer Konversation) sowie einen «individuellen» Ansatz (Frage-Antwort-Format) in der Interaktion zwischen Patient/in und Pflegefachperson beobachten [18]. In der dritten Institution sind Patient(inn)en bei Teammeetings präsent. Ihre Mitarbeit besteht darin, Ziele und Prozedere zu ratifizieren [19], aber sie können auch ihre Positionen durch sogenannte «interaktive Initiativen» kundtun [20].

Das Ziel dieses Artikels ist es aufzuzeigen, wie diese Resultate wieder in die Praxis transferiert werden können. Videoaufnahmen von Prozessen geben den Berufsmitgliedern die Möglichkeit, über Kommunikations-Strukturen und deren Funktionen zu reflektieren. Um den Rahmen für diesen Wissenstransfer zu geben, werden im nächsten Abschnitt zwei verschiedene Ansätze von «knowledge transfer» (Wissensübermittlung) beschrieben, der positivistische Ansatz und der konstruktivistische Ansatz.

Knowledge-Transfer: zwei Ansätze

Von Gesundheitsfachleuten wird erwartet, dass sie ihre Praxis laufend dem neusten Stand der Forschung anpassen. Sie müssen jedoch nicht nur «Resultate anwenden», sondern auch fähig sein, aus den eigenen Erfahrungen mit Patient(inn)en wirksam lernen zu können, was als Erfahrungslernen oder «reflektierte Praxis» konzeptualisiert wurde [21, 22]. Reflexion ist ein Sammelbegriff von intellektuellen und affektiven Aktivitäten, in denen eine Person involviert ist, um ihre eigenen Erfahrungen zu erforschen und dadurch ein neues Verständnis und Bewusstsein zu erlangen [23].

Positivistischer versus konstruktivistischer Ansatz

Werden die Begriffe EBP und Reflexion einander gegenübergestellt, wird ersichtlich, dass die Konzepte verschiedene ontologische und epistemologische Positionen besetzen [24]. EBP wird mehrheitlich dem positivistischen Paradigma zugeordnet [25], während die Reflexion dem Konstruktivismus zugeordnet werden kann [22, 23]. In diesem Paradigma geht es um das Verständnis einer Situation oder Interaktion. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 2.

Die unterschiedlichen epistemischen und ontologischen Positionen sind nicht nur für die Wissensgene-

Tabelle 2: Professionelle Kompetenz: Forschungsergebnisse und Erfahrungslernen [21, 22]; Tabelle adaptiert aus [26].

	Evidence-based practice	Reflective practice
Philosophische Orientierung	Positivismus/Postpositivismus: allgemeingültige Gesetze, Beobachtungen können neutral sein	Konstruktivismus: Menschen geben ihrem Verhalten eine Bedeutung/Sinn
Ontologische Position	Realität ist neutral	subjektive Realität
Epistemologische Positionen	Erklärung	Verstehen
Art der Wissensgenerierung	Wissenschaftliche Untersuchung (scientific inquiry)	Naturalistischer Forschungszugang (naturalistic approaches)
Leitidee	Verschiedene Evidenzstufen	Reflexion: vor – während – nach der Handlung
Auswirkung für die Praxis / Nutzen	Forschungsprotokolle, Guidelines für die Praxis, standardisierte Messungen	Clinical Reasoning, verbesserte Qualität von Interventionen, humanistische Orientierung

rierung (inkl. Methodenwahl und Analysenansätze) relevant, sondern auch für den Wissenstransfer. Implementierungsprozesse verlaufen häufig nicht linear. Um Forschungsergebnisse erfolgreich in die Praxis einfließen zu lassen, sind Reflexion [27], Interaktion und Feedback erforderlich [28]. Daher scheint ein Paradigmenwechsel zu einer vermehrt «humanistischen Orientierung» des Wissenstransfers sinnvoll. Der folgende Abschnitt beschreibt, wie wir diesen Paradigmenwechsel in die Durchführung von Workshops für den Wissensaustausch mit den Partnerinstitutionen umgesetzt haben.

Der konkrete Praxisbezug

Es ging uns bei unserer Vorgehensweise nicht darum, Modelle vorzuzeigen oder Guidelines zu implementieren, sondern um ein vertieftes «Verstehen» der eigenen Praxis: der gelebten Strukturen und Abläufe der Austrittsplanung und deren Auswirkungen auf die Patientenpartizipation.

Organisation der Workshops

Durch die kollektive Visualisierung und Besprechung von Filmsequenzen hatte unser Workshop zum Ziel, die Austrittsplanungspraktiken «von aussen» zu betrachten und explizit zu machen, um gemeinsam darüber nachzudenken, wie sie verbessert werden könnten. Um eine konstruktive Atmosphäre zu schaffen, haben wir vor der Visualisierung der Filmsequenzen folgende Spielregeln aufgestellt: 1) Ziele des Workshops: Erläutern von impliziten Praktiken, 2) Lernen von der Praxis, 3) keine Kritik üben. In Kleingruppen wurden von uns ausgewählte Videosequenzen (inklusive vereinfachte Transkripte, siehe Extrakt 1) angeschaut und diskutiert.

Extrakt 1 (PGG_RRZ1_1)

(Teilnehmer(inn)en: PA1 = Patientin 1, PTH = Physiotherapeutin H, NUD = Pflege D)

- 5 PTH De düemmer jetzt zum zweite Teil go, zu de
6 Ziel °wo ner med° de Frau D vorbereit[et](°°hät°°)
7 PA1 [Mhm]
8 NUD Auso Frau B das si schon so (wo mer) das
9 scho zäme besproche häi, di Zieu wo mer aglugt
10 häi gäuet und zwar hed se as ehm Patiente
11 Globauzi gseit. hhh ohne Schmerzen gehen, und mit
12 den Urenkeln spie[len.]
13 PA1 [Ja das] auf jeder Fall. (lacht herzlich)

Anschliessend wurden die Diskussionspunkte aus allen Gruppen zusammengetragen und im Plenum besprochen. Diese Workshops wurden in Anlehnung an Elizabeth Stokoe's [29, 30] Conversation Analytic Role-play Method (CARM) organisiert. Es ist dabei zentral, mit

den aktuellen Kommunikationsproblemen und -fragen der Berufsgruppen zu arbeiten. In unserem Fall ging es darum, wie Patient(inn)en vermehrt in den Prozess der Austrittsplanung eingebunden werden können.

Feedback aus den Workshops

Eine Umfrage nach den Workshops zeugte von einem positiven Erlebnis für die Teilnehmer/innen, wie Zitate von Berufsmitgliedern illustrieren:

- «Spannende Aussensicht mit Video und die Möglichkeit, darüber zu reflektieren.» (Physio 12)
- «Es war spannend zu sehen, wie sich die diversen Disziplinen an Gesprächen verhalten, beteiligen und auftreten.» (Pflege 1)
- «Es ist sehr interessant, wie viel man aus den Videosequenzen herauslesen kann: Körpersprache, Blicke, Stimme, Dialoge etc.» (Pflege 8)

Ganz wichtig für die Beteiligten war es, eine «Aussenansicht» auf die regelmässig stattfindenden interdisziplinären Besprechungen zu bekommen. Im Weiteren wurde den Workshop-Teilnehmern bewusst, dass empfundene «Probleme» in der Interaktion auch Chancen sein können, wie folgende Aussagen zeigen:

- «In <zeitraubenden> Diskussionen beim Ringen um Ziele können durchaus Ressourcen für die Patientenpartizipation stecken.» (Physio 3)
- «Wie konkret teilweise dem Patienten signalisiert wird, dass er sich im Moment nicht am Gespräch beteiligen soll.» (Pflege 2)

Der Vorteil von audiovisuellen Daten besteht darin, dass ein wiederholtes und genaues Hinschauen möglich ist und dass viele verschiedene Aspekte der Kommunikation erfasst werden. Die Praktiker/innen können so mit eigenen Augen sehen, was in ihrer Alltagspraxis gut bzw. weniger gut funktioniert und es dann in der Gruppe diskutieren. Die Möglichkeit, anhand von Daten aus der eigenen Institution gemeinsam über kommunikative Strategien nachzudenken, ist eine der Grundlagen für «life-long learning», zu dem die Reflexion einen wichtigen Teil beiträgt.

Sprungbrett für Veränderungen in der Institution

Die gewonnenen Erkenntnisse sind jedoch nicht nur für eine Gruppendiskussion oder eine individuelle bzw. kollaborative Reflexion geeignet, sondern auch zur Weiterentwicklung der Institution. Nach den Workshops wurden in den jeweiligen Berufsgruppen die wichtigsten Erkenntnisse nochmals ausgetauscht und zusammengetragen. Diese Themen wurden von der Qualitätssteuerungsgruppe aufgenommen und fliessen in die neu definierten Jahresziele der Institution ein. Als Beispiel einige Ziele, die weiterverfolgt werden:

- Rollen und Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen in den Team-Meetings überarbeiten;
- Einbezug der Patienten (wann und wie?);
- Überdenken der SMART (Specific Mesurable Achievable Relevant and Time-bound goals)-Regeln in der Zielfindung.

Während diese Zitate und Weiterentwicklungsprojekte zeigen, dass die Workshop-Teilnehmer/innen die Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe im Rahmen des Wissenstransfers geschätzt haben, ist nicht zu vernachlässigen, dass sich für diese Art Arbeit Herausforderungen stellen.

Umsetzung der Resultate

Wissenstransfer braucht Zeit, damit eine ehrliche Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis gefördert werden kann. Meagher [31] hat die verschiedenen Kontaktmöglichkeiten während eines Projektes «reziproke Zunahme von Wertschätzung» (reciprocal growth of appreciation) genannt. Einerseits sind der persönliche Stil der Forscher/innen (human factor), aber auch die Fähigkeit, proaktiv zu sein und sich mit den Praktiker/innen zu engagieren (roles) wichtige Dimensionen, damit ein Forschungsprojekt einen Impact hat. Unsere eigenen Erfahrungen haben aufgezeigt, dass eine gemeinsame Auseinandersetzung und gegenseitige Wertschätzung eine notwendige Voraussetzung für den erfolgreichen Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis darstellt.

Schlussbemerkungen

Anhand unseres Beispiels haben wir aufgezeigt, wie ein Forschungsteam Videodaten nutzen kann, um Praktiker/innen darin zu unterstützen, ihre eigene Praxis konstruktiv zu reflektieren. Die Forschungsfrage, wie Patient(inn)en in interdisziplinären Austrittsplanungssitzungen involviert werden, konnte mit unseren wissenschaftlichen Resultaten beantwortet werden. Zudem gab die Studie für die involvierten Kliniker/innen die Möglichkeit, sich über ihre eigene Arbeit Gedanken zu machen. Für die Integration von Forschungserkenntnissen in die Praxis und die Weiterentwicklung braucht es einen Paradigmenwechsel zu einem vermehrt kollaborativen Erfahrungslernen. Unser Projekt kann als Modell verwendet werden, um anhand von Videosequenzen implizite Prozesse zu analysieren und dadurch Veränderungen im Klinikalltag zu initiieren.

Empfehlungen

Unser Projekt zeigt auf, wie zwischen Forschungsgruppe und beteiligten Institutionen Brücken ge-

schlagen werden können, die für den Wissenstransfer in die Praxis förderlich sind und längerfristige Effekte auf das Organisationslernen haben können. Für unser Projekt war es wichtig, die Forschungsergebnisse kollaborativ und interaktiv (konstruktivistisches Paradigma) zu präsentieren und zu erarbeiten, und dadurch das Verständnis über Prozesse zu fördern. Um diese Art von Zusammenarbeit erfolgreich durchzuführen, müssen nach unserer Erfahrung folgende Aspekte berücksichtigt werden.

1. Unterstützung durch wichtige Institutions-Mitglieder: Auch wenn in einer hierarchisch organisierten Klinik häufig die medizinische Leitung ein wichtiger Unterstützer ist, darf die Bedeutung der Unterstützung von anderen Leitungsfunktionen nicht unterschätzt werden. In unserem Projekt war es sehr wichtig – neben der Unterstützung des medizinischen Leiters –, den Neuropsychologen sowie die Pflege-Expertin und die Physiotherapieleiterin auf unserer Seite zu haben. Dies ermöglichte es uns, Abläufe besser zu verstehen (Informationen), technische Aspekte der Datensammlung zu optimieren, aber auch eine maximale Teilnahme während der Workshops zu gewinnen.
2. Individuelle Beziehungen: Unsere Erfahrung hat auch gezeigt, dass eine Kollaboration in diesem Kontext verbessert wird, wenn individuelle Beziehungen mit den Key-Stakeholdern existieren. Es zahlt sich für die Forschungsqualität aus, während der ethnographischen Feldarbeit genügend Zeit für Besuche und informelle Diskussionen einzuplanen. Diese Auseinandersetzung ist für beide Seiten (Institution und Forschungsteam) wichtig, um eine Vertrauensbasis herstellen zu können.
3. Erklärungen über den Gebrauch von Videoaufnahmen: Eine grosse Hürde kann sein, wenn einzelne Mitglieder nicht bereit sind, sich «in die Karten schauen zu lassen» und sich ihren Kollegen und Kolleginnen zu öffnen. Dies bedingt ein Vertrauensverhältnis innerhalb der Institution, aber auch gegenüber dem Forschungsteam. Wir empfehlen, die oben erwähnten drei Punkte der Spielregeln – keine Kritik, aus der Praxis lernen, Erläuterung von impliziten Praktiken – als Grundprinzipien von Anfang an zu deklarieren.
4. Work in progress: Unser Vorgehen, die Workshops, die wir in diesem Artikel beschrieben haben, nicht erst am Ende des Forschungsprojektes zu organisieren, empfehlen wir weiter. Es war für unser Projekt wichtig, dem interdisziplinären Team preliminäre Resultate zu unterbreiten, um ihr Verständnis der eigenen Praxis in unsere Analyse integrieren zu können.

Acknowledgment

Dank an alle beteiligten Mitarbeitenden und Patient(inn)en in den drei Kliniken für die fruchtbare Mitarbeit. Die Studie wurde finanziert vom Do-RE Fund des Schweizer Nationalfonds (13DPD6_134835) und Forschungsfonds RéSaR der Fachhochschule Westschweiz, HES-SO.

Korrespondenz:
Veronika Schoeb
Haute Ecole de Santé Vaud
(HESAV)
Av. de Beaumont 21
CH-1011 Lausanne
veronika.schoeb[at]hesav.ch