



«Der Schlüssel für eine erfolgreiche beruflichen Reintegration»

**Prozessoptimierung in der Zusammenarbeit zwischen der
Ergotherapie und Arbeitgebenden in der beruflichen In-
tegration von Personen mit einer erworbenen Hirnschädi-
gung**

Masterarbeit – MAS Ergotherapie Berufliche Integration

Michèle Isabel Häberli

Matrikelnummer: 11-487-543

Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Weiterbildung

Modulverantwortliche: Astrid Koch

Begleitende Dozierende: Andrea Weise

Abgabe: 13.07.2023

Anzahl Zeichen: 100 363

Management Summary

Das Qualitätsverbesserungsprojekt «JobDoku Reform» wurde in der Ergotherapie der ambulanten Neurorehabilitation (AN) des Luzerner Kantonsspitals durchgeführt. Das Projekt geht der Frage nach, wie eine evidenzbasierte Qualitätsverbesserung und Prozessoptimierung in der beruflichen Integration der AN, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Arbeitgebenden und der ergotherapeutischen Fachpersonen, erreicht werden kann.

Für Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung ist die Arbeit und schlussfolgernd die berufliche Integration überaus wichtig und hat einen Einfluss auf die Lebensqualität. Es zeigt sich, dass eine fachkompetente Begleitung im Prozess der beruflichen Integration von den Arbeitgebenden geschätzt wird und die Begleitung relevant ist, um die Arbeitstätigkeit bleibend zu erhalten.

Mit einer Befragung bei vierzehn Arbeitgebenden von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung sowie vier Mitarbeitenden der Ergotherapie wurde die Zufriedenheit mit dem aktuellen Vorgehen und der derzeitigen Dokumentation erfasst. Weiter wurde erörtert, welche Informationen die Arbeitgebenden von den ergotherapeutischen Fachpersonen wünschen. In der durchgeführten Umfrage mit Arbeitgebenden zeigte sich, dass die bisherige ergotherapeutische Begleitung in der beruflichen Integration hilfreich war. Sie sich Informationen zu den Einschränkungen, den Fähigkeiten der Arbeitnehmenden sowie Wissen über anderweitige arbeitsbezogene Massnahmen wünschen, damit die Wiedereingliederung positiv beeinflusst werden kann. Aus den Erkenntnissen aus den Befragungen der Arbeitgebenden und der beigezogenen Literatur wurde die Unterlagen angepasst sowie eine Checkliste zur beruflichen Integration erstellt. Diese dient der Qualitäts- und Wissenssicherung sowie der Vereinheitlichung des Vorgehens. Die Fachpersonen der Ergotherapie haben durch diese Checkliste gebündeltes Wissen erhalten und konnten ihre Kompetenzen erweitern sowie Sicherheit in diesem komplexen Prozess der beruflichen Integration gewinnen. Sie kennen die Bedürfnisse der Arbeitgebende und können diese berücksichtigen und adressatengerecht kommunizieren.

Die Projektorganisation wurde in der Stabsform durchgeführt und umfasst sechs Personen inklusive Auftraggeber und Projektleitung.

Das Projekt beinhaltet fünf Phasen: die Projektvorbereitung, -ausführung und -einführung sowie den Projektabschluss und das Projektende sowie daraus abgeleitet sieben Meilensteine. Fünf der Meilensteine wurden zeitgerecht bis Ende Juni 2023 ausgeführt. Ausstehend ist die Evaluation der eingeführten Unterlagen und der Checkliste (im Herbst 2023) sowie das Abschlussmeeting (Februar 2024). In einem Folgeprojekt könnten die Unterlagen bei der Neuropsychologie der AN eingeführt werden oder die Erkenntnisse aus diesem Projekt weiteren interessierten Fachpersonen zur Verfügung gestellt werden.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	1
1 Projektintergrund.....	1
1.1 Theoretischer Hintergrund und Problemstellung.....	1
1.1.1 Erworbene Hirnschädigung.....	1
1.1.2 Berufliche Integration nach einer erworbenen Hirnschädigung	1
1.1.3 Relevanz der Ergotherapie in der beruflichen Integration.....	3
1.1.4 Problemstellung	4
1.2 Fragestellung	5
1.3 Projektumfeld	5
1.4 Strategie.....	6
1.5 Projektinhalt	8
1.6 Projektnutzen	10
1.7 Ziele	12
1.7.1 Grobziele.....	12
1.7.2 Feinziele.....	12
1.8 Projektrisiken.....	13
1.9 Projektorganisation	15
1.10 Projektkommunikation	16
2 Projektvorbereitung.....	19
2.1 Literaturrecherche	19
2.2 Auswertung der Umfrage bei den Arbeitgebenden sowie Evidenz und Expertenmeinung	23
2.2.1 Durchführung der Befragung und sozialstatistische Daten	23
2.2.2 Unterstützung durch die Ergotherapie bei der Wiedereingliederung	26
2.2.3 Genügend Informationen zur Wiedereingliederung erhalten.....	26
2.2.4 Erhaltene Unterlagen	27
2.2.5 Informationen zu Einschränkungen	27
2.2.6 Factsheet	27

2.2.7	Informationswunsch der Arbeitgebenden	28
3	Projektausführung	32
3.1	Anpassung interne Unterlagen	32
3.1.1	Durchführung der Befragung und Evaluation in der Ergotherapie AN	32
3.1.2	Grundlage und Anpassung der Unterlagen	33
3.2	Dokument zum Thema «Hirnverletzung und deren Folgen» erstellen	34
3.3	Checkliste zur beruflichen Integration	35
3.3.1	Grundlage und Evidenz der Checkliste	35
3.3.2	Inhalt der Checkliste	37
4	Projekteinführung	40
5	Projektabschluss/-ende	41
6	Prozessevaluation	42
6.1	Strategie	42
6.2	Reflexion der Steuerung	42
6.2.1	Rolle als Projektleitung	43
6.3	Projektergebnisse und Wirkung	44
6.3.1	Projektergebnis- Zwischenergebnis und Zielerreichung	44
6.3.2	Projektnutzen und Projektaufwand	44
6.4	Schlussfolgerungen	45
	Literaturverzeichnis	V
	Anhang	XVI
I.	Unterschriebener Projektauftrag	XVI
II.	Bezug auf die strategischen Handlungsfelder sowie Vision des Neurozentrums	XVII
III.	SWOT Analyse	XVIII
IV.	Rolle und Kompetenzen Fachpersonen der Ergotherapie nach Can MEDS	XIX
V.	Projektplan mit Meilensteinen	XX
VI.	Kostenberechnung SOLL/IST	XXI
VII.	Allgemeine Risikoanalyse	XXII
VIII.	Stakeholder: Interessen, Erwartungen und Befürchtungen	XXIII

IX. Stakeholder: Einfluss und Interesse	XXIV
X. Stakeholder: Soziogramm	XXV
XI. Multiprojektlandschaft, Sensitivitätsanalyse nach Vester	XXVI
XII. Projektkommunikation	XXVII
XIII. Stich-/ und Schlagwörter für die Literaturrecherche	XXVIII
XIV. Suchprotokoll Literatur	XXIX
XV. AICA Analyse: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung von Studien	XXXI
XVI. Fragebogen für die Umfrage bei den Arbeitgebenden	XLI
XVII. Fragebogen für die Umfrage bei den Mitarbeitenden der Ergotherapie	XLIII
Eigenständigkeitserklärung	XLV
Danksagung	XLVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bezug von «JobDoku Reform» auf strategische Handlungsfelder des LUKS....	7
Abbildung 2: PDCA-Zyklus	8
Abbildung 3: Projektorganisation «JobDoku Reform».....	15
Abbildung 4: Darstellung des Tortendiagramms und den einzelnen Meilensteinen.....	17
Abbildung 5: Logo für das Projekt «JobDoku Reform»	18
Abbildung 6: Flussdiagramm Literatursuche.....	20
Abbildung 7: Anzahl Teilnehmende nach Branche	24
Abbildung 8: Auswertung der Frage 8	28
Abbildung 9: Ausschnitt aus dem Dokument «Berufliche Integration» der AN	34
Abbildung 10: Ausschnitt aus der Checkliste berufliche Integration AN	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zeitplan mit Projektphasen und Meilensteine	9
Tabelle 2: Kernaufgaben der einzelnen Funktionen.....	16
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien.....	19
Tabelle 4: Übersicht Hauptstudien.....	22

1 Projekthintergrund

1.1 Theoretischer Hintergrund und Problemstellung

In diesem Abschnitt werden die relevanten Themen dieser Arbeit sowie die Problemstellung erläutert und in Bezug zur Ergotherapie gesetzt.

1.1.1 Erworbene Hirnschädigung

Der Begriff der erworbenen Hirnschädigung ist ein übergeordneter Begriff für traumatische oder nicht traumatische Hirnschädigungen, die nach der Geburt erworben wurden und nicht auf eine degenerative oder angeborene Krankheit zurückzuführen sind (de Goumoëns et al., 2022). Eine der häufigsten erworbenen Hirnschädigungen ist der Schlaganfall. Dabei ist anzumerken, dass die erworbene Hirnschädigung körperliche, kognitive und emotionale Defizite zur Folge hat (Goldman et al., 2022; Ottiger et al., 2015), die sich beispielsweise durch eine verminderte Feinmotorik, Sensibilitätsverlust oder eine Ataxie zeigen (Goldman et al., 2022). Kognitive Defizite sind in den Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsleistungen oder in der Informationsverarbeitung ersichtlich (Goldman et al., 2022). Weitere Folgen können ein vermindertes Selbstbild oder eine Fatigue (unnormale, krankhafte Müdigkeit bzw. Erschöpfung) sein und je nach Schwere können diese Einschränkungen ein paar Tage bis lebenslang anhalten (Goldman et al., 2022).

In der Schweiz erleiden circa 16'000 Menschen pro Jahr einen Schlaganfall (SHG-SCS-SSS, o. J.) und die Zahl der Hospitalisationen aufgrund eines Hirnschlags steigt stetig an (CardioVasc Suisse, 2016).

1.1.2 Berufliche Integration nach einer erworbenen Hirnschädigung

Circa ein Viertel der Personen mit einem Schlaganfall sind im erwerbsfähigen Alter (Jarvis et al., 2019). In der Gesellschaft verfügt die Arbeit über einen hohen Stellenwert und die Rückkehr an den Arbeitsplatz hat einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität von Personen nach einer erworbenen Hirnverletzung (Matérne et al., 2018). Die Arbeit bietet ein soziales Umfeld, Sinnhaftigkeit und existentielle Sicherheit (Donker-Cools et al., 2018). Für viele Betroffene ist eine Rückkehr an den Arbeitsplatz das oberste Ziel der Rehabilitation (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2020). Dabei steigt die Rückkehrate von Schlaganfallbetroffenen an den Arbeitsplatz mit der Zeit, sodass innerhalb der ersten sechs Monate ca. 41 %, nach einem Jahr etwa 50 % und zwei bis vier Jahre nach dem Ereignis 66 % der Betroffenen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren (Edwards et al., 2018). In der Literatur zeigt sich bei den Wiedereingliederungsraten eine hohe Spannweite von 7 % bis 85 % (Claros-Salinas, 2023).

In den DEGAM-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2020) wird erwähnt, dass das Bedürfnis von Personen, nach einem Schlaganfall wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren, in der Behandlung berücksichtigt werden soll. Weiter zeigt die Studienlage, dass die berufliche Tätigkeit einen positiven Einfluss auf den sozioökonomischen Status, den Selbstwert und die psychische Gesundheit hat (Donker-Cools et al., 2018; Matérne et al., 2018). Entsprechend sind Informationen, Beratung und Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung wünschenswert. In der «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024» (NCD-Strategie), die auf die Gesamtschau «Gesundheit2020» des Bundes stützend entwickelt wurde, werden Stossrichtungen im Bereich der Patientenversorgung an die Fachgesellschaften sowie Förder- und Patientenorganisationen vorgegeben (CardioVasc Suisse, 2016). In diesem Dokument wird erwähnt, dass der Reintegration ins private und berufliche Umfeld Bedeutung getragen werden soll und die Schweizerische Hirngesellschaft (SHG) wird aufgefordert, Massnahmen zu definieren und umzusetzen (ebd., S. 43). Dies zeigt, dass die Relevanz der beruflichen Integration auch national erkannt worden ist.

Es gibt verschiedene hinderliche Faktoren, die die berufliche Integration negativ beeinflussen. Diese Barrieren sind: schwere motorische, sprachliche oder kognitive Einschränkungen, Angst, Depression, niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, starke Schmerzen oder ein fehlender Führerschein (Cancelliere et al., 2016; Donker-Cools, Wind, et al., 2016; Matérne et al., 2019; Saar et al., 2023; van der Kemp et al., 2019). Dem gegenüber sind förderliche Faktoren für eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz, ein höherer Ausbildungsstand sowie bestehender Arbeitsplatz, eine höhere Selbstwirksamkeit und eine optimistische Erwartung an die Genesung und Rückkehr (Cancelliere et al., 2016; Claros-Salinas, 2023; Matérne et al., 2019; van der Kemp et al., 2019). Neben personellen und gesundheitlichen Faktoren wie Bildungsstand, sozioökonomischer Status, Grad der Beeinträchtigung beeinflussen auch verschiedene Beteiligte wie Vertretende der Sozialversicherungen, Personen aus dem Gesundheitswesen, Angehörige und Arbeitgebende die berufliche Integration (Bin Zainal et al., 2020; Donker-Cools et al., 2018; Matérne et al., 2019; van der Kemp et al., 2019; van Velzen et al., 2009)

Einen bedeutenden Einfluss in der beruflichen Integration haben die Arbeitgebenden (Donker-Cools et al., 2018; Öst Nilsson et al., 2020; Schwarz et al., 2018; Tsutsumi, 2020). Allerdings haben die Arbeitgebenden mehrheitlich wenig bis keine Erfahrung mit der Wiedereingliederung von und im Umgang mit Personen nach einem neurologischen Ereignis (Coole et al., 2013; Culler et al., 2011; Öst Nilsson et al., 2020; Schiffmann et al., 2022). Sie wissen nicht, wo sie fachgerechte Informationen zum Thema Schlaganfall erhalten können (Coole et

al., 2013) und die Wiedereingliederung von Personen nach einer erworbenen Hirnschädigung wird als emotional fordernd wahrgenommen, was zu Unsicherheit und Stress bei den Arbeitgebenden sowie im Kollegium führt (Öst Nilsson et al., 2020). Häufig haben die Arbeitgebenden auch grundsätzliche Bedenken hinsichtlich der Wiedereingliederung nach einem Schlaganfall (Tsutsumi, 2020). Das verminderte Wissen und die mangelnde Erfahrung im Umgang mit Personen nach einer erworbenen Hirnschädigung kann zu fehlendem Verständnis für die Defizite der Arbeitnehmenden sowie falscher Erwartungen von Seiten der Arbeitgebenden führen (Coole et al., 2013; Schiffmann et al., 2022). Unzureichende Unterstützung durch die Arbeitgebenden und Vorgesetzten bei der beruflichen Wiedereingliederung wird als erschwerender Faktor wahrgenommen durch die Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung (Öst Nilsson et al., 2020).

Bedeutend für die Wiedereingliederung ist eine zeitnahe Information der Arbeitgebenden über das neurologische Ereignis und dessen Folgen für die Berufsausübung (Gard et al., 2019). Dadurch können die Arbeitgebenden die Fähigkeiten und Defizite des Mitarbeitenden besser abschätzen und bei Bedarf Massnahmen ergreifen, wie beispielsweise eine Stellvertretung einstellen. Diese Informationsweitergabe sollte Gard et al. (2019) folgend durch medizinische Fachpersonen erfolgen. Denn es sollten Informationen über den Verlauf aber auch über den körperlichen, kognitiven oder psychischen Zustand des Mitarbeitenden sein (Gard et al., 2019). Im Scoping Review von Karcz et al. (2021) stellte sich heraus, dass eine Begleitung durch eine Fachperson der beruflichen Wiedereingliederung über einen längeren Zeitraum wichtig ist, um die Arbeitstätigkeit bei Personen nach einer erworbenen Hirnschädigung bleibend zu erhalten.

1.1.3 Relevanz der Ergotherapie in der beruflichen Integration

Die Ergotherapie hat als Ziel, die Menschen zu befähigen, an Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Arbeitswelt teilzuhaben. Die Arbeitsrehabilitation wird im Berufsprofil des ErgotherapeutInnen-Verbands Schweiz (EVS) aufgeführt und umfasst verschiedene Massnahmen, um die Rückkehr oder den Erhalt der Arbeitsstelle zu ermöglichen (EVS, 2005).

Die berufliche Integration ist ein komplexer Prozess, der individuell auf die Person und den Kontext angepasst werden muss (Radford et al., 2018). Dabei bestätigen Bin Zainal et al. (2020) die zentrale Rolle der Ergotherapie in der Behandlungskette von Personen nach einem Schlaganfall sowie der beruflichen Integration, hier insbesondere bei den notwendigen Anpassungen der Arbeit und Umwelt und der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden (Burns et al., 2018). So wurde der Beitrag der Ergotherapie zur Rückkehr von Personen mit muskuloskelettaler oder psychischen Diagnosen an den Arbeitsplatz in einer prospektiven Studie als überaus positiv bewertet (Drummond et al., 2020). Denn die ergotherapeutischen

Fachpersonen verfügen über die therapeutischen Fähigkeiten gezielt Unterstützung und Beratung zu vollziehen (Drummond et al., 2020).

Im Rahmen einer Delphi-Studie erfasste Buys (2015) 16 Kompetenzen, die Fachpersonen der Ergotherapie in der beruflichen Rehabilitation mitbringen sollen. Die Kompetenzen umfassen Wissen über Gesundheitszustände und Einfluss auf deren Arbeit. Darüber hinaus waren das Verständnis über die Arbeitsanforderungen und Erfassung der Fähigkeiten ebenso eine Kompetenz wie das Aussprechen von Empfehlungen und Anpassungen auf die Arbeitstätigkeit. Eine angemessene Kommunikation mit den verschiedenen involvierten Parteien und Aufklärung über Folgen wird bei ergotherapeutischen Fachpersonen, die in der beruflichen Rehabilitation tätig sind, vorausgesetzt.

1.1.4 Problemstellung

Die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung wird in den nächsten Jahren noch essenzieller aufgrund der steigenden Zahlen von Schlaganfällen.

Das Neurozentrum der Luzerner Kantonsspital AG hat sich der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung verschrieben und in der Vision verankert (Bohlhalter, 2019).

Die berufliche Integration in der ambulanten Neurorehabilitation (AN) wird grösstenteils durch die fünf Fachpersonen der Ergotherapie übernommen. In den letzten beiden Jahren wurden durchschnittlich 46 Patientinnen und Patienten pro Jahr durch die Ergotherapie der AN im Rahmen der beruflichen Integration begleitet.

Dabei ist das Vorgehen bei der Begleitung und Organisation des therapeutischen Arbeitsversuchs individuell und es besteht derzeit kein einheitliches Vorgehen. Das Einlesen und die Übernahme von Fällen ist daher zeitintensiv und fordernd. Dies registrierte die Projektleiterin bei der Übernahme eines Falls aufgrund eines krankheitsbedingten Ausfalls einer Arbeitskollegin. Die Projektleiterin bemerkte, dass es schwierig war nachzuvollziehen, welche Informationen bereits an den Arbeitgebenden weitergeleitet wurden oder welche Angaben noch ausstanden. Weiter ist in der Praxis ersichtlich, dass Mitarbeitende mit wenig Erfahrung im Bereich der beruflichen Integration verunsichert und überaus gefordert sind mit dem Prozess der beruflichen Wiedereingliederung, da es viele Punkte zu berücksichtigen gibt. Ein evidenzbasierter Ablauf liegt aktuell nicht vor.

Die deskriptive Studie von Scott und Bondoc (2018) belegt eine deutliche Lücke im Fachwissen bei den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten im Bereich der beruflichen Integration und es nehmen sich auch nur wenige Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten der Schweiz diesem Bereich an (Meier, 2020). Die Ergotherapeutin Buys (2015) betont, dass die Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich wichtig ist und dass die Fachpersonen der Ergotherapie sicherstellen müssen, dass kompetente, professionelle und kontextbezogene

berufliche Rehabilitationsmassnahmen für Klienten und Klientinnen mit einer Einschränkung angeboten werden.

Anhand einer SWOT-Analyse aus einem Fokusgruppeninterview mit zwei Ergotherapeutinnen der AN im Herbst 2022 wurde aufgezeigt, welche Schwächen, Stärken, Chancen und Risiken im Bereich der beruflichen Integration in der AN bestehen (siehe Anhang III). Es zeigt sich, dass die bestehenden Dokumentationsunterlagen der Ergotherapie, die den Verlauf der Wiedereingliederung aufzeigen und an die Arbeitgebenden gesandt werden, nicht zeitgemäss gestaltet und der Inhalt verbesserungswürdig sind. Weiter ist den Fachpersonen der Ergotherapie der AN derzeit nicht bekannt, welche Informationen die Arbeitgebenden vor einer beruflichen Wiedereingliederung wünschen und benötigen. Im Austausch mit den Arbeitgebenden stellt sich heraus, dass mehrheitlich wenig Wissen hinsichtlich einer Hirnverletzung und deren Folgen sowie Wissen zum Prozess der beruflichen Wiedereingliederung bestehen. Das fehlende Wissen und Erfahrung von Seiten der Arbeitgebenden kann die berufliche Integration von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung negativ beeinflussen.

1.2 Fragestellung

Aufbauend auf der Problemstellung wird im Projekt «JobDoku Reform» folgender Fragestellung nachgegangen:

Wie kann in der Ergotherapie der AN eine evidenzbasierte Qualitätsverbesserung und Prozessoptimierung in der beruflichen Integration von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Arbeitgebenden erreicht werden?

1.3 Projektumfeld

Das Qualitätsverbesserungsprojekt «JobDoku Reform» wird in der Ergotherapie der AN der LUKS Spitalbetriebe AG Luzern durchgeführt. Die LUKS Spitalbetriebe AG ist das grösste Zentrumsspital der Schweiz und ist Teil der LUKS Gruppe (Luzerner Kantonsspital, o. J.). Die Klinik Neurochirurgie, die Neuroradiologie und die Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation bilden zusammen das Neurozentrum (Luzerner Kantonsspital, o. J.). Die Neurorehabilitation umfasst eine Stroke Unit, eine stationäre (SN) und ambulante Neurorehabilitation (AN). Die Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung oder Verletzung des Nervensystems werden ab der Einlieferung in die Stroke Unit bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung durch Fachpersonen der Neurologie betreut. Im Neurozentrum des Luzerner Kantonsspitals (LUKS) werden pro Jahr circa 600 betroffene Patientinnen und Patienten behandelt (Luzerner Kantonsspital, 2022), davon etwa 270 Personen in den Therapien der AN.

In der AN werden die Betroffenen direkt im Anschluss an die Stroke Unit oder nach dem Aufenthalt in der SN weiter durch Fachpersonen der Neurorehabilitation begleitet. Dies ist im Rahmen einer Tagesklinik möglich oder sie nehmen direkt an Einzel- und/oder Gruppentherapien der verschiedenen Professionen teil. Das therapeutische Angebot umfasst Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Neuropsychologie sowie spezialisierte Pflegeleistungen. Die Dauer der Therapiemassnahmen liegt zwischen drei Wochen und bei Langzeitverordnung für Einzeltherapien mehreren Jahren.

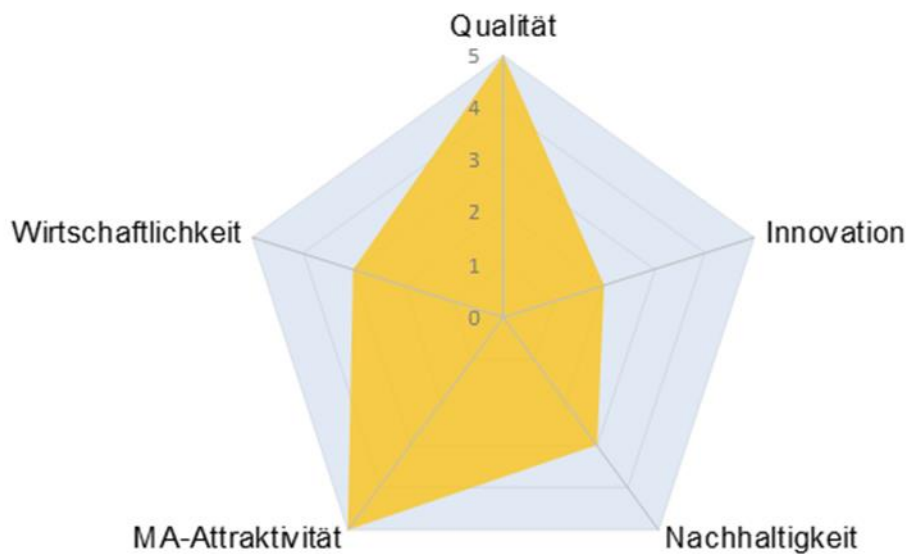
Das Therapieteam der AN besteht aus fünf Ergotherapeutinnen (300 Stellenprozente), fünf Fachpersonen der Physiotherapie (270 Stellenprozente), zwei Pflegeassistentinnen (100 Stellenprozente) und maximal zwei Studierenden einer Fachhochschule für Ergotherapie und/oder Physiotherapie (jeweils 100 Stellenprozente). Fakultativ werden in der spezifischen Behandlung der Betroffenen weitere Fachbereiche (Logopädie, Neuropsychologie, Pflege) hinzugezogen. Diese Disziplinen unterstehen einer anderen Führungsperson als das Therapieteam der AN.

1.4 Strategie

Das Projekt «JobDoku Reform» ist einzigartig und spezifisch auf die AN ausgerichtet. Es bezieht sich auf die Unternehmensstrategie der LUKS Gruppe sowie die Vision des Neurozentrums (Bohlhalter, 2019; LUKS Gruppe, 2021) (siehe Anhang II). Die fünf strategischen Handlungsfelder des Spitals (siehe Abbildung 1) werden berücksichtigt und das Projekt «JobDoku Reform» ist auf die Unternehmensziele abgestimmt.

Im Rahmen der Befragung der Arbeitgebenden wird erörtert, welche sozialversicherungsrechtlichen und klientelbezogenen Informationen sie bei einer beruflichen Integration von den ergotherapeutischen Fachpersonen wünschen. Weiter wird evaluiert, ob die ergotherapeutische Begleitung und deren Unterlagen bei den bisherigen Wiedereingliederungen hilfreich waren. Diese Erkenntnisse werden durch eine Literaturrecherche untermauert und mit einer Expertenmeinung gestärkt.

Die Qualitätsverbesserung wird, wie in den Strategiezielen der Institution gefordert, mittels Standards (Checkliste) erfolgen. In dieser Checkliste werden die wichtigsten Punkte der beruflichen Integration erfasst. Die neuen Erkenntnisse aus der Befragung der Arbeitgebenden und der Literaturrecherche werden auf die Checkliste aufgenommen. Diese Checkliste dient den Fachpersonen der Ergotherapie als Hilfsmittel in diesem komplexen Prozess und in der gezielten Kommunikation.

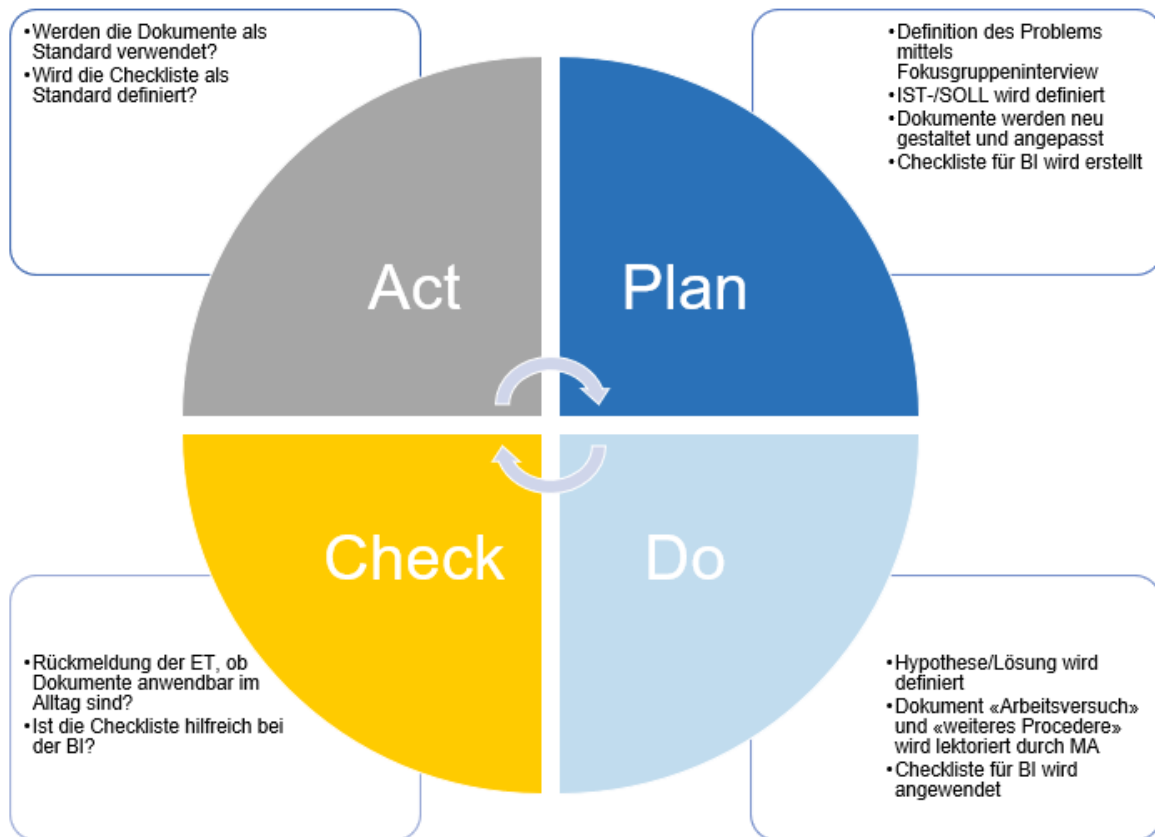
Abbildung 1: Bezug von «JobDoku Reform» auf strategische Handlungsfelder des LUKS

Quelle: In Anlehnung an unveröffentlichte Darstellung des Strategiebezugs (LUKS Gruppe 2022)

Die Mitarbeiterattraktivität, ein Strategiepfeiler der LUKS Gruppe, wird durch die Förderung von Fachwissen und unter Einbezug der Entscheidungsprozesse positiv beeinflusst. Auf Wunsch der Mitarbeitenden werden die zwei Dokumente «Arbeitsversuch» sowie «Weiteres Procedere» überarbeitet. Bei der Inhaltsanpassung und Gestaltung werden die Wünsche der Mitarbeitenden und die aktuellen Vorgaben der Institution beachtet sowie das Praxishandbuch für Korrespondenz von Sauer (2017) berücksichtigt.

Die Implementierung der neu zusammengestellten Unterlagen erfolgt anhand des PDCA-Zyklus. Diese Lean Methode wird bereits seit mehreren Jahren in der Abteilung erfolgreich angewendet und ist den Mitarbeitenden bekannt. Der vierphasige Prozess des PDCA umfasst die Phasen «Plan», «Do», «Check», «Act» und ist eine der bekanntesten Methoden zur kontinuierlichen Verbesserung (Aeu & Van Aken, 2013). Dabei wird in jeder Phase definiert, welche Arbeitspakete ausgeführt werden (siehe Abbildung 2). Zur Verfolgung der Nachhaltigkeitsziele der Institution werden die Unterlagen in digitaler Form erstellt und können somit am Computer editiert werden.

Abbildung 2: PDCA-Zyklus



Quelle: In Anlehnung an unveröffentlichte interne Darstellung LUKS Lean Team (LUKS Lean Team, o. J.)

1.5 Projektinhalt

Das Projekt «JobDoku Reform» umfasst fünf Phasen: die Projektvorbereitung, -ausführung und -einführung sowie den Projektabschluss und das Projektende. Der Empfehlung von Gächter (2019) folgend wurden den einzelnen Phasen spezifische Arbeitspakete, die auf den Zielen aufbauen, und Ressourcen zugeteilt. Zur besseren Übersicht und damit die wichtigsten Zwischenziele festgehalten werden, müssen Meilensteine definiert werden (Gächter, 2019). Diese Meilensteine sind in Tabelle 1 dargestellt. Ein differenzierter Zeitplan mit den dazugehörigen Arbeitspaketen ist in Anhang V aufgeführt.

Tabelle 1: Zeitplan mit Projektphasen und Meilensteine

	2023												2024	
	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb
Projektvorbereitung			M.A M.B											
Projektausführung			M.C M.D	M.E										
Projekteinführung														
Projektabschluss										M.F				
Projektende														M.G

Anmerkung: M.A = Meilenstein A

Quelle: Eigene Darstellung

Folgende Meilensteine wurden definiert:

Meilenstein A: Die Daten der beiden Fragebogen sind ausgewertet. (Ende März 2023)

Meilenstein B: Die Literaturrecherche ist abgeschlossen und die Literatur kritisch bewertet. (Ende März 2023)

Meilenstein C: Das Dokument mit den wichtigsten Links zum Thema «Folgen von Hirnverletzung» ist versandbereit. (Ende April 2023)

Meilenstein D: Die Dokumente «Arbeitsversuch» und «Weiteres Procedere» sind neu gestaltet und durchlaufen Phase «Do» des PDCA-Zyklus. (Ende April 2023)

Meilenstein E: Die Checkliste für den Arbeitsversuch ist erstellt und geht in die Phase «Do» gemäss PDCA-Zyklus. (Ende Mai 2023)

Meilenstein F: Die Dokumente werden als Standard festgelegt. (Oktober 2023)

Meilenstein G: Das Projekt wird mit einem Abschlussmeeting beendet. (Februar 2024)

Nach der Zusage zum Projekt durch den Auftraggeber kann mit den einzelnen Arbeitspaketen begonnen werden. Der genehmigte Projektantrag ist im Anhang I festgehalten.

1.6 Projektnutzen

Der Nutzen dieses Projekts ist vielfältig. Einerseits liegt der Nutzen in der Qualitätsverbesserung bei der beruflichen Integration, andererseits in der Förderung der Kompetenzen der Fachpersonen der Ergotherapie.

Die zweckmässige Ressourcennutzung und die effiziente Arbeitsweise sind in den Visionen des Neurozentrums erfasst und werden in diesem Projekt berücksichtigt mittels dem Erstellen einer Checkliste für die berufliche Integration (Bohlhalter, 2019). Neben der Zusammenarbeit mit externen Partnerschaften, spezifisch die Arbeitgebenden, wird die Behandlungsqualität gesteigert.

Eine Checkliste ermöglicht eine durchgängige Qualitäts- und Wissenssicherung (Bertagnolli, 2018; Liker & Meier, 2007) und begünstigt, dass alle notwendigen Punkte in der Wiedereingliederung aufgenommen und durchgeführt werden, sodass das Vorgehen optimal gestaltet wird und diffizile Abläufe vereinfacht werden können (Farkas & Hafner, 2020). Im Lean Management werden Checklisten als sogenannter Standard bezeichnet (Bertagnolli, 2018), mit dem das Vorgehen bestmöglich vereinheitlicht und effizient gestaltet werden soll. Dabei handelt es sich um sogenannte Best Practice (Bertagnolli, 2018).

Die im Rahmen des Projekts «JobDoku Reform» erstellte Checkliste optimiert den Ablauf in der beruflichen Wiedereingliederung und hilft dabei, dass die zeitlichen Mittel und Therapien ökonomisch genutzt werden. Weiter ist das vereinheitlichte Vorgehen hilfreich für neue Mitarbeitende und die Einarbeitung deren (Bertagnolli, 2018).

Mit diesem Projekt soll neues Wissen vermittelt werden, das schlussfolgernd zu mehr Sicherheit in der ergotherapeutischen Arbeit führt. Sicherheit und Klarheit fördert wiederum die Mitarbeiterbindung (Holtmeier, 2020). Die Mitarbeiterbindung wird zudem erhöht durch bedarfsgerechte Arbeitsmittel, die die Bedürfnisse der Mitarbeitenden einbeziehen (Holtmeier, 2020). Durch die Umfrage, im Rahmen des Projekts, bei den Ergotherapeutinnen der AN, werden die Bedürfnisse von ihnen hinsichtlich Anpassungen der Unterlagen erfasst.

Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mitarbeitenden sowie eine hohe Zufriedenheit der Arbeitnehmenden ist zentral zu Zeiten des Fachkräftemangels. Der Erhalt von Mitarbeitenden und deren Fachwissen ist für die Arbeitgebenden sinnvoll. Denn aktuell muss jeder Betrieb im Gesundheitswesen eine vorausschauende Personalpolitik wahren, um Folgekosten durch beispielsweise die Personalrekrutierung zu reduzieren. Zudem sind die Personalrekrutierung und die Einarbeitung von neuen Mitarbeitenden kostspielig und die generierten Einnahmen kurzfristig rückläufig, da das neue Personal noch nicht vollumfänglich eingesetzt werden kann.

Das Fachwissen der Mitarbeitenden und deren Fähigkeiten sollen anerkannt werden, da dies ein zentrales Anliegen des Neurozentrums des LUKS ist und in den eigenen Visionen festgehalten wird (Bohlhalter, 2019). Mittels Förderung und Wissensvermittlung sollen sich die Mitarbeitenden weiterentwickeln (Bohlhalter, 2019). Um diese Vision zu verfolgen, werden die Mitarbeitenden der Ergotherapie von Beginn weg in das Projekt «JobDoku Reform» involviert und ihr Erfahrungs- und Fachwissen einbezogen. Daher wird zu Beginn des Projekts «JobDoku Reform» eine schriftliche qualitative und quantitative Befragung mit allen vier Ergotherapeutinnen durchgeführt, um gezielt die Anpassungswünsche und Bedürfnisse aufzunehmen.

Die Arbeit von Scott und Bondoc (2018) bestätigt, dass in der Ergotherapie ein hoher Bedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung von Kompetenzen und Fähigkeiten in der beruflichen Integration besteht. Auch Buys (2015) verdeutlicht, dass Aus- und Weiterbildungen im Bereich der beruflichen Integration wichtig sind. In dem Qualitätsverbesserungsprojekt «JobDoku Reform» wird das Fachwissen der Ergotherapeutinnen der AN erweitert sowie die Kompetenzen und die Fähigkeiten gefördert. Zur Verdeutlichung, welche Rollen und Kompetenzen durch dieses Projekt gestärkt werden, wird das Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) verwendet. CanMEDS wird international häufig verwendet zur Erstellung von Kompetenzprofilen insbesondere in Gesundheitsberufen (Ergotherapie Austria, 2020). CanMEDS umfasst sieben Rollen und dazugehörige Kompetenzen. Eine Übersicht zu den Rollen und berufsspezifischen Kompetenzen der Ergotherapie ist im Anhang IV aufgelistet.

Das Projekt «JobDoku Reform» spricht folgende Rollen an: Expert, Communicator, Scholar, Leader und Health Advocate. Durch ein evidenz- und bedürfnisbasiertes Vorgehen, welches im Rahmen des Projekts «JobDoku Reform» erarbeitet wird, fühlt sich die Fachpersonen der Ergotherapie in den verschiedenen Rollen und dazu gehörigen Kompetenzen gestärkt. In der Rolle als Health Advocate setzen sie sich für die Klientel ein (E2) und sie geben Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem (E1). In den Rollen Scholar und Communicator geben sie spezifisches Wissen weiter (F2) und kommunizieren gezielt in Gesprächen mit involvierten Parteien (Arbeitgebende, Patienten und Patientinnen etc.) (B1-B3), da die Bedürfnisse der Arbeitgebenden durch das Projekt bekannt sind. In der Rolle Expert werden Betätigungen analysiert und bei Bedarf Hilfsmittel oder Anpassungen vorgenommen (A5/A6), solche Massnahmen werden in der Checkliste sowie in den Unterlagen erfasst, welche an den Arbeitgebenden gesandt wird. Das Projekt «JobDoku Reform» berücksichtigt ebenfalls in der Rolle Leader die Kompetenzen D2 (Gesundheitssystem ist effektiv) und D3 (handeln nach gültigen Qualitätsstandards). Zumal mit dem Projekt eine Qualitätsverbesserung und Standardisierung erreicht wird.

Mit diesem Qualitätsverbesserungsprojekt werden die Dokumente adressatengerecht und fachspezifisch gestaltet und dadurch die Prozesse und die Zusammenarbeit mit externen Partnerschaften (Arbeitgebende, Vertretende von Sozialversicherungen, Ärzteschaft etc.) optimiert. Sind zudem die Unterlagen gemäss den Institutionsvorgaben gestaltet, fördert dies den Wiedererkennungswert der Institution und steigert das Ansehen des Neurozentrums und den Beruf der Ergotherapie.

1.7 Ziele

Die Ziele sind abgeleitet aus der beschriebenen Problemstellung und nehmen Bezug auf die Strategie der Institution sowie Vision des Neurozentrums.

1.7.1 Grobziele

- Bis Ende 2023 sind die Dokumente für die berufliche Integration nach den Bedürfnissen der Ergotherapeutinnen und nutzerfreundlich gestaltet.
- Bis in den Januar 2024 gehen die Ergotherapeutinnen der AN einheitlich in der beruflichen Integration vor.
- Die Arbeitgebenden der Patientinnen und Patienten werden ihren Bedürfnissen entsprechend durch die Fachpersonen der Ergotherapie ab Januar 2024 informiert.

1.7.2 Feinziele

Output:

- Bis Mitte Februar 2023 wird ein Fragebogen an die Arbeitgebenden zur Erfassung der von ihnen benötigten Informationen zu Beginn einer beruflichen Wiedereingliederung von Personen nach einer Hirnverletzung verschickt.
- Bis Ende März 2023 wird mittels Literaturrecherche untersucht, welche Informationen die Arbeitgebenden bei einer beruflichen Integration von Personen mit einer Hirnverletzung benötigen.
- Bis Ende April 2023 ist ein Dokument mit den wichtigsten Links zum Thema «Folgen von Hirnverletzung» erstellt.
- Bis Anfang Mai 2023 sind die Dokumente «Arbeitsversuch» und «Weiteres Procedere» neu gestaltet und durchlaufen die Phase «Do» gemäss PDCA-Zyklus.
- Anfang Juni 2023 ist die Checkliste für den Arbeitsversuch erstellt und geht in die Phase «Do» gemäss PDCA-Zyklus.

Outcome:

- Nach Abschluss der Phase «Check» sind die Ergotherapeutinnen der AN mit der Dokumentation «Arbeitsversuch» zufrieden (Zufriedenheitsskala 4/5 Sternen). (Ende September 2023)
- Nach Ende der Phase «Check» sind die Arbeitgebenden gezielt mit patientenbezogenen Informationen versorgt. (Ende September 2023)
- Nach der Phase «Act» sind die Ergotherapeutinnen der AN in der Lage, anhand der Checkliste «Berufliche Integration» vorzugehen und die Arbeitgebenden adressaten- und bedarfsgerecht zu informieren. (Oktober 2023)

1.8 Projektrisiken

Eine Risikoanalyse ist bei jedem Projekt erforderlich (Gächter, 2019). Mittels gewissenhafter Beurteilung der Risiken und Definition von Massnahmen können Misserfolge von Projekten reduziert werden (Gächter, 2019). In der durchgeführten Risikoanalyse vor dem Projektstart zeigt sich, dass verschiedene Risiken bestehen.

Die Stakeholderanalyse ermittelt Personen, die dem Projekt positiv oder negativ gegenüberstehen (Gächter, 2019). Diese Personen treiben das Projekt einerseits voran, können aber andererseits den Erfolg reduzieren. Im Fokus des Qualitätsverbesserungsprojektes stehen die Ergotherapeutinnen der AN. Sie werden schlussendlich die neuen Unterlagen sowie die Checkliste im Alltag einsetzen und verwenden. Um ihre Motivation für das Projekt und Neuerungen zu erhöhen, werden die Bedürfnisse der Ergotherapeutinnen vor der Erstellung der Dokumente eingeholt. Weiter werden die Therapeutinnen fürs Lektorieren eingesetzt und können nach der Testphase (Phase «Do» gemäss PDCA) Rückmeldung geben, um weitere Anpassungen an den Unterlagen vorzunehmen. Thiele (2019) stützt dieses Vorgehen, denn der aktive Einbezug von Mitarbeitenden in Entscheidungen ist förderlich für die Identifikation und Umsetzung sowie Anwendung von neuen Instrumenten.

Der Auftraggeber ist zentral in diesem Projekt. Stellt er keine Zeit während der Arbeit zur Verfügung oder priorisiert andere Projekte, hat dies einen negativen Einfluss auf den Zeitplan und zeitgerechten Abschluss des Projekts «JobDoku Reform». Eine Massnahme hierfür wäre es, das Projekt in der Freizeit voranzutreiben beziehungsweise das Arbeitspensum zu reduzieren.

Weniger Einfluss auf das Qualitätsverbesserungsprojekt haben die Arbeitgebenden. Ist die Rücklaufquote der Fragebögen zu niedrig, können die Angaben nur aus der ermittelten Literatur abgeleitet oder sich primär auf die Expertenmeinung verlassen werden. Nichtsdestotrotz ist es relevant, dass beim Anschreiben der Arbeitgebenden auf den Nutzen der Befragung und ihre Antworten hingewiesen wird. Zudem kann aus Sicht der Projektleiterin das

Interesse mit einer ansprechenden Gestaltung der Befragung positiv beeinflusst werden. Überdies sollte das Ausfüllen mit einem geringen (zeitlichen) Aufwand verbunden sein.

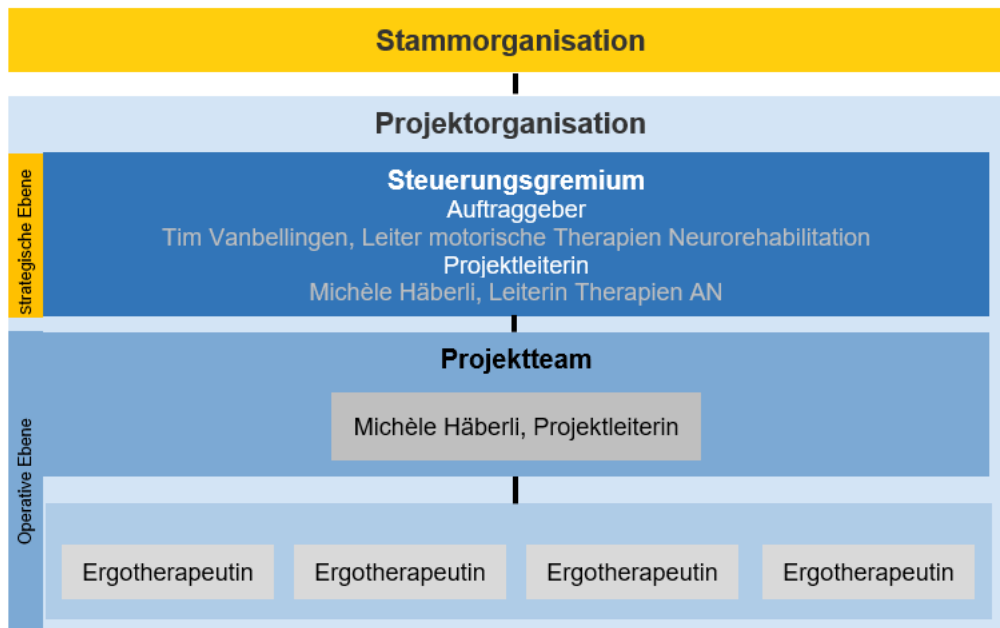
Die allgemeine Risikoanalyse beinhaltet die Risiken, deren Eintrittswahrscheinlichkeit und schlussfolgernder Massnahmen (Gächter, 2019). Zwei relevante Risiken, welche durch diese Analyse ermittelt wurden sind: Personelle Veränderungen sowie der Zeitplan können nicht eingehalten werden. Dem Zeitfaktor kann mit gezielter Zeitplanung entgegengewirkt werden. Hinsichtlich personeller Veränderungen (Kündigung oder Krankheitsausfall von Mitarbeitenden) und damit verbundenen weniger zeitlichen Ressourcen während der Arbeitszeit für die Projektleiterin oder das Projektteam sind folgende Massnahmen möglich: Einerseits kann die Projektleiterin die Bearbeitung der Arbeitspakete in die Freizeit verlegen. Andererseits kann das Projekt bei Ausfall der Projektleiterin an ein Teammitglied übergeben werden oder an den stellvertretenden Leiter der AN, welcher Physiotherapeut ist und daher nicht zu den ergotherapeutischen Personalressourcen zählt.

Gemäss Multiprojektlandschaft laufen derzeit drei Projekte in der AN, die einen Einfluss auf das «JobDoku Reform»-Projekt haben. Im Projekt «Ambulantes Zentrum» ist die Projektleiterin als Ambassador und Vertretung ihres Bereichs involviert. Dabei ist der Zeitaufwand derzeit auf vier Sitzungen geplant und gut abschätzbar für das Jahr 2023. Der zeitliche Aufwand des Projektes «Datenablage» ist ebenso abschätzbar oder kann bei Bedarf an den Stellvertreter der Projektleiterin delegiert werden, der Physiotherapeut und daher nicht im Projekt «JobDoku Reform» involviert ist. Das Projekt «Stroke 7/7» hat eine schwache Wirkung, da es derzeit nur die Physiotherapie der AN betrifft und kurz vor Abschluss steht. Die detaillierten Risikoanalysen sind im Anhang VII-XI abgebildet.

1.9 Projektorganisation

Mittels Stabsorganisation wird dieses Projekt geführt und es sind daher keine Anpassungen des Organigramms notwendig (Gächter, 2019). In der Steuergruppe befindet sich der direkte Vorgesetzte der Projektleiterin, der zudem das Amt des Auftraggebers innehat. Die Projektinitiantin ist die Leiterin Therapien der AN und übernimmt das Projekt als Projektleiterin, da sie als Leiterin Therapien der AN Erfahrung in der Führung hat und die Projektmitglieder (vier Ergotherapeutinnen) gut kennt.

Abbildung 3: Projektorganisation «JobDoku Reform»



Quelle: Eigene Darstellung

Es wurden bewusst alle Ergotherapeutinnen des AN in die Projektgruppe einbezogen. Die Gruppengrösse ist überschaubar und die Erfahrung in der beruflichen Integration divergiert. Die Erfahrung liegt zwischen keine Kenntnisse bis zu zehn Jahre Erfahrung im Bereich der beruflichen Integration. Diese Unterschiede sind hilfreich, da die Bedürfnisse für eine Checkliste auch unterschiedlich ausfallen können. Beispielsweise wünschen Mitarbeitende mit wenig Erfahrung in der beruflichen Integration detailliertere und pointiertere Informationen als Mitarbeitende mit langjähriger Praxis. Die Ärzteschaft der AN ist im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung nicht direkt involviert, weshalb diese nicht in die Steuergruppe aufgenommen worden sind. Weiter wird der Einbezug von anderen Professionen wie Fachpersonen der Neuropsychologie bewusst aus dem Projekt «JobDoku Reform» ausgeschlossen. In Abbildung 3 ist die Projektorganisation und deren Besetzung dargestellt.

Die Projektleitung wird aufgrund personeller Kapazität die Mehrheit der Arbeitspakete durchführen. In Tabelle 2 sind die Kernaufgaben der einzelnen Funktionen aufgeführt.

Tabelle 2: Kernaufgaben der einzelnen Funktionen

Funktion	Person/en	Kernaufgabe / Beschreibung
Steuerungs-gremium	Leiter Motorische Therapien	<ul style="list-style-type: none"> - Projekt gesamthaft, organisationsübergreifend steuern und sicherstellen, dass die Projektziele erreicht werden - Übergeordnetes Gremium des Projekts - Überwacht das Projekt in inhaltlicher, qualitativer, zeitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht - Unterstützung des Projektleitenden bei Problemen, die nicht selbst gelöst werden können
Projektleitung	Leiterin Therapien AN	<ul style="list-style-type: none"> - Führung/Koordination des Projekts zur Erreichung der Projektergebnisse und der Vorgehensziele (Zeit, Kosten, Qualität) des Projekts - wirtschaftlicher und nachhaltiger Einsatz der Mittel und Ressourcen - Führung des Berichtswesens/Dokumentation und umfassende, regelmässige und situative Information der Projektsteuerung - Führung des Stakeholdermanagements und Sicherstellen des Einbezugs der berechtigten Anspruchsgruppen - kann im Rahmen der an ihn delegierten Aufgaben Informationen einfordern und Aufträge erteilen - führt die Kommunikation zum Steuerungsgremium und Projektteam - Koordination der themenspezifischen Arbeitspakete und führt diese aus
Projektteam	Ergotherapeutinnen AN	<ul style="list-style-type: none"> - nimmt teil an der Umfrage - Wird über relevante Ereignisse informiert - Wird für Vernehmlassungen und Entscheidungen beigezogen mittels PDCA

Quelle: In Anlehnung an unveröffentlichte Darstellung des Projektteams der Institution (LUKS Gruppe, 2022)

1.10 Projektkommunikation

Die Projektkommunikation trägt zur gemeinsamen Vision und den Zielvorstellungen innerhalb des Teams bei (TRUECARE GmbH Project Performance, 2017). Mit einer guten Projektkommunikation wird ein gutes Image geschaffen, was zur Transparenz führt, womit schlussfolgernd Gerüchte vermieden werden, da alle involvierten Parteien auf dem gleichen Stand sind (TRUECARE GmbH Project Performance, 2017). Die Kommunikation erfolgte daher anhand eines Kommunikationskonzept, welches vor dem Projektstart erstellt wurde.

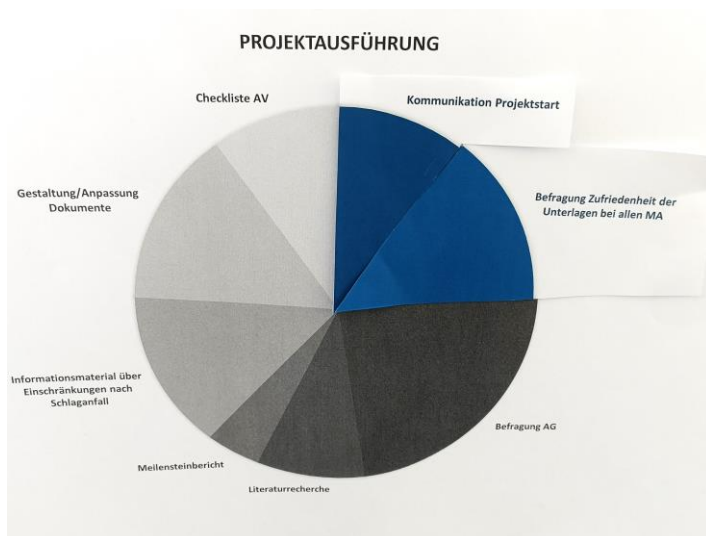
Zu Beginn des Projektes wurde der Auftraggeber über den Ablauf und einzelne Meilensteine informiert. Während der Projektphase fanden bilaterale Kurzsitzungen jeweils nach Erreichen der jeweiligen Meilensteine statt, damit er stets über die Entscheidungen der Projektleiterin und nächsten Schritte informiert war.

Die Kommunikation zum Projekt erfolgte zu Beginn über das vollumfängliche Therapieteam des AN. Die Einzelheiten sowie der detaillierte Zeitplan des Projekts wurden nur dem Ergotherapie-Team im Rahmen eines Kick-off-Meetings im Januar 2023 vorgestellt sowie erörtert, zu welchem Zeitpunkt sie aktiv involviert werden und in welchem Rahmen die Beteiligung stattfinden sollte. So wurde beispielsweise auf die bevorstehende Umfrage hingewiesen und um eine aktive Teilnahme gebeten.

Das Projektteam wurde innerhalb eines Fachteams und nach Abschluss der Meilensteine A, B, C (Auswertung der Fragebögen sowie Rückmeldung über Erkenntnisse aus der

Literaturrecherche, Einführung Checkliste) informiert und die Unterlagen eingeführt. Zusätzlich zur schriftlichen Kommunikation wurde eine Visualisierung mittels Tortendiagramm erstellt und präsent am Arbeitsplatz der Projektleiterin aufgehängt (siehe Abbildung 4). Die Vorlage war zu Beginn grau und nach jedem absolvierten Meilenstein wurde dieser farbig abgebildet. Dadurch können die Mitarbeitenden des Projektteams sowie der Auftraggeber fortlaufend den Stand des Projektes sehen. Ein detailliertes Kommunikationskonzept ist in im Anhang XII ersichtlich.

Abbildung 4: Darstellung des Tortendiagramms und den einzelnen Meilensteinen



Ende Mai 2023 wurden das Therapieteam sowie der Auftraggeber über den Projektzwischenstand und die noch anstehenden Schritte informiert. Hier wurde mitgeteilt, wer das Projekt nach dem Ausscheiden der Projektleiterin ab Juli 2023 führen wird.

Ein Teil der Projektkommunikation ist das Projektmarketing. Mittels Projektmarketing wird das Projekt in seinem Umfeld präsentiert und in dessen wahrgenommen (TRUECARE GmbH Project Performance, 2017). Dabei erhöhen bereits einfache Massnahmen wie ein Logo oder Projektname den Bekanntheitsgrad von Beginn an (Ehrenmüller, 2022). Daher hat die Projektleiterin vor dem Kick-off-Meeting ein Logo erstellt und dem Projekt den Namen «JobDoku Reform» gegeben. «JobDoku» bedeutet Jobdokumentation beziehungsweise Arbeitsunterlagen. Das Wort «Reform» wird beschrieben als «planmässige Neuordnung, Umgestaltung, Verbesserung des Bestehenden (ohne Bruch mit den wesentlich geistigen und kulturellen Grundlagen)» (Dudenredaktion, o. J.). Dieser Name umfasst daher das Projekt passend. Das Logo ist mit den Farben der Institution gestaltet und präsentiert mit vier Balken die vier Phasen des Projekts sowie die vier Produkte, die erstellt werden (Abbildung 5). Die vier Phasen sind die Detailplanung, die Ausführung, die Einführung und der Abschluss. Die

vier Produkte sind: die Checkliste zur beruflichen Integration, die zwei Dokumente zur beruflichen Integration sowie das Factsheet zu den Einschränkungen nach einer erworbenen Hirnverletzung. Das Logo wird jeweils im Protokoll abgebildet, wenn Projektinformationen an das Team weitergegeben werden. Die Projektleiterin hat den Ergotherapeutinnen als Dankeschön zur Teilnahme an der Umfrage und zur Förderung der Motivation eine kleine Aufmerksamkeit zukommen lassen. Der kleine Snack wurde mit dem Projektlogo und -namen versehen. Darüber waren die Ergotherapeutinnen sehr erfreut und bestärkten die Projektleiterin darin, im Verlauf erneut ein kleines Präsent zu verteilen.

Abbildung 5: Logo für das Projekt «JobDoku Reform»



Quelle: Eigene Darstellung

2 Projektvorbereitung

In der Vorbereitung des Projekts «JobDoku Reform» wird die Literaturrecherche durchgeführt. Mit den Erkenntnissen aus der Literatur werden die Auswertungen aus der Umfrage der Arbeitgebenden bestärkt. Auch wird eine Expertenmeinung die Aussagen stützen. Aufbauend aus diesen Informationen werden bei der Projektausführung die Unterlagen und die Checkliste erstellt.

2.1 Literaturrecherche

Zwischen November 2022 und Januar 2023 wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt und in den medizinischen Datenbanken PubMed, Medline und OT Seeker Studien gesucht. Zur Suche wurden auf die Fragestellung passende Stichwörter sowie Keywords definiert und mittels boolescher Operatoren angewendet (siehe Anhang XIII und XIV).

Die Fragestellung für die Literatursuche lautete: Welche Informationen benötigen die Arbeitgebenden bei der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung?

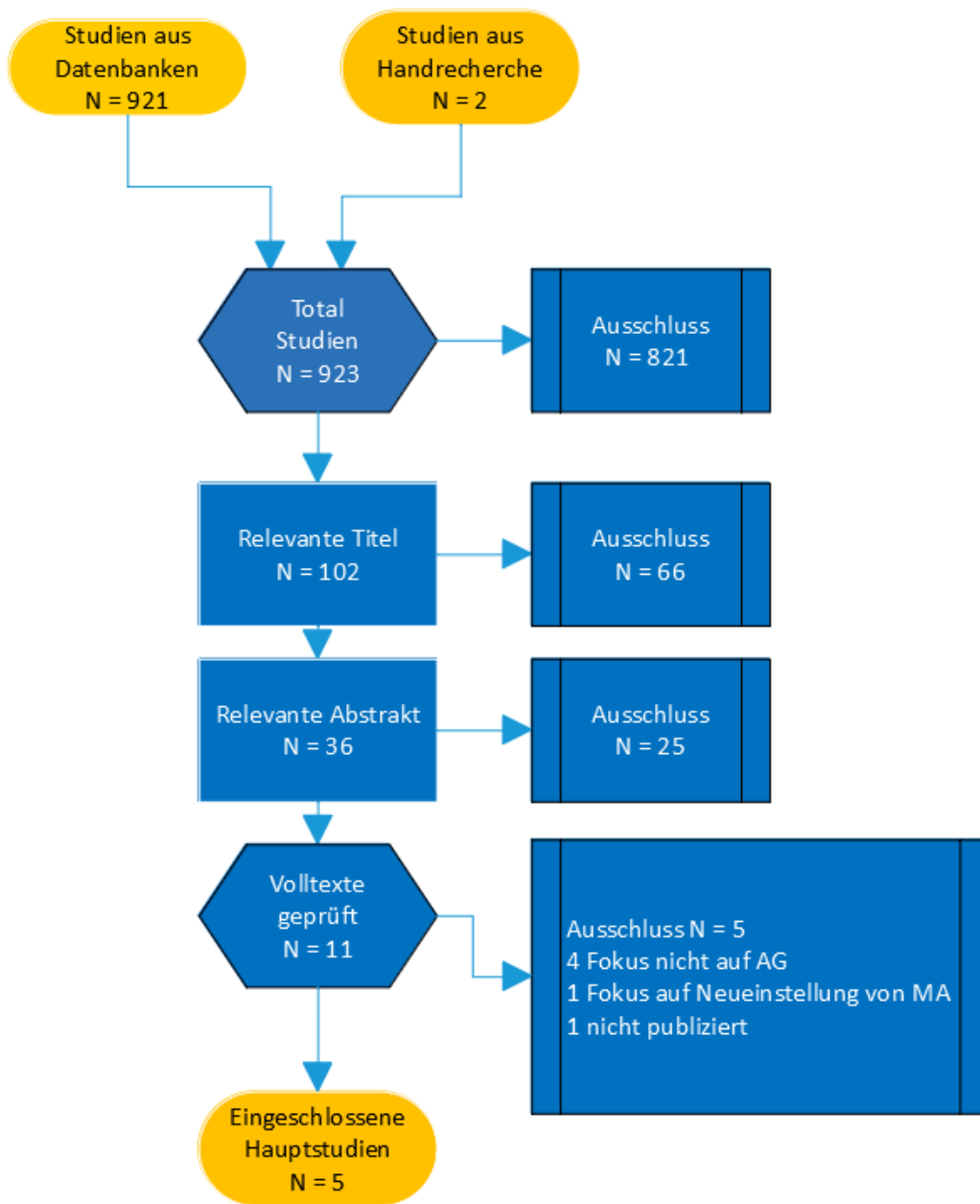
Im Rahmen der systematischen Recherche wurden 931 Studien gefunden. Diese Treffer wurden anhand der Titel und Abstract begutachtet und nach Duplikaten gesichtet. Die passenden 36 Studien wurden vollständig gelesen. Basierend auf den Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3) wurden fünf Studien eingeschlossen, um die Fragestellung zu beantworten. Das detaillierte Auswahlverfahren ist im Flussdiagramm in Abbildung 6 aufgezeigt.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Erwerbsfähiges Alter Erworbene Hirnverletzung Erworbene Hirnschädigung	Andere Diagnosen
Publikationsjahr	2012 bis Januar 2023	< 2012
Outcome	Fokus liegt auf den Arbeitgebenden	Studien nur mit anderen Perspektiven wie Fachpersonen, Patienten und Patientinnen etc.
Sprache	Deutsch oder Englisch	Andere Sprachen
Studiendesign	Keine Einschränkung	
Setting	Berufliche Integration in den bisherigen Arbeitsplatz	Aufnahme einer neuen Arbeitsstelle

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 6: Flussdiagramm Literatursuche



Quelle: Eigene Darstellung

Die eingeschlossenen Studien wurden anschliessend mittels Arbeitsinstrument für Critical Appraisal (AICA) (Ris et al., 2022) kritisch gewürdigt. Weiter wurden die Studien nach den Gütekriterien für qualitative Studien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt sowie die Höhe der Güte definiert. Anhand des 6s-Pyramide von Dicenso et al. (2009) wurde der Evidenzlevel definiert. Zwei aussagekräftige Studien sind exemplarisch im Anhang XV aufgeführt.

Die eingeschlossenen Studien beinhalteten alle zumindest teilweise die Sicht der Arbeitgebenden, wobei der Fokus häufig noch auf anderen involvierten Parteien der beruflichen

Integration wie arbeitsmedizinischen Fachpersonen, Vertretende von Sozialversicherungen, Betroffene oder Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen lag. Einzig die Arbeit von Schiffmann et al. (2022) berücksichtigte nur Arbeitgebende in der Stichprobe. Nichtsdestotrotz liefern die Arbeiten einen Blick und Hinweise darauf, was den Arbeitgebenden wichtig im Prozess der beruflichen Integration ist und welche Unterstützungsmassnahmen hilfreich sind.

Alle ermittelten Studien sind qualitative Arbeiten und in der Evidenzpyramide nach Dicenso et al. (2009) entsprechend auf der untersten Stufe einzuteilen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dieses Studiendesign geeignet ist zum Erfassen der Erfahrung und dem Befinden der involvierten Parteien im Prozess der beruflichen Integration. Weiter ist zu erwähnen, dass die Güte in den Hauptstudien mittel bis hoch einzuteilen ist. In Tabelle 4 findet sich eine Übersicht der fünf Hauptstudien.

Tabelle 4: Übersicht Hauptstudien

Autoren	Ziel/Zweck	Stichprobe	Ansatz Design	Evidenzlevel Güte
Coole et al., 2013	Die Rückkehr an den Arbeitsplatz (RTW) nach einem Schlaganfall (CVI) aus der Sicht der Arbeitgebenden zu untersuchen, die wichtigsten Merkmale für den Erfolg zu ermitteln und die Meinung der Teilnehmenden zur Rolle der Gesundheitssysteme bei der RTW zu erfahren.	N = 18 8 Arbeitgebende 3 HR-Fachpersonen 7 arbeitsmedizinische Berater	Qualitative Studie Halbstrukturierte Interviews	Stufe 6 der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) Mittlere bis hohe Güte
Donker-Cools et al., 2018	Faktoren zu erfassen, die als förderlich oder hinderlich bei RTW durch die Patienten und Patientinnen mit erworbener Hirnschädigung (ABI) und den Arbeitgebenden wahrgenommen werden oder als Lösung bei der RTW erachtet werden.	N = 19 12 Personen mit ABI 7 Arbeitgebende	Qualitative Studie Halbstrukturierte Interviews	Stufe 6 der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) Mittlere bis hohe Güte
Hellman et al., 2016	Wichtige Aspekte zu untersuchen und zu beschreiben, die von den Beteiligten, einschließlich Personen mit CVI, im RTW-Prozess geäussert wurden und die Aspekte der Beteiligten einander gegenüberzustellen, um unterschiedliche Perspektiven zu untersuchen, die die RTW-Dienste beeinflussen können.	N = 32 5 Personen mit CVI 14 Rehabilitationsgruppe (Ärzte/Ärztinnen, Ergo-, Psycho-Physiotherapie, Sozialarbeit, Logopädie etc.) 6 Arbeitgebende 3 Arbeitsamt 3 Sozialversicherungsbüro	Exploratives qualitatives Design mit Fokusgruppen- und Einzelinterviews	Stufe 6 der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) Mittlere bis hohe Güte
Öst Nilsson et al., 2020	Erforschen und beschreiben, wie Mitarbeitende und Führungskräfte den RTW-Prozess bei einem Kollegen/einer Kollegin mit CVI erleben, der/die an einem personenzentrierten Rehabilitationsprogramm mit Schwerpunkt auf RTW einschliesslich einer Arbeits-erprobung teilnahm.	N = 11 7 Arbeitskollegen 4 Führungskräfte	Qualitative Studie Halbstrukturierte Interviews	Stufe 6 der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) Mittlere Güte
Schiffmann et al., 2022	Faktoren aus Sicht der Arbeitgebenden zu ermitteln, die einen positiven oder negativen Effekt auf die Beschäftigung von Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung (ABI) oder Rückenmarksverletzung (SCI) haben	N = 20 10 Arbeitgebende von Mitarbeitenden mit einer ABI 10 Arbeitgebende von Mitarbeitenden mit einer SCI	Qualitative Studie Halbstrukturierte Interviews	Stufe 6 der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) Hohe Güte

2.2 Auswertung der Umfrage bei den Arbeitgebenden sowie Evidenz und Expertenmeinung

Im folgenden Abschnitt wird erläutert, wie die Umfrage bei den Arbeitgebenden erstellt und durchgeführt wurde, um deren Bedürfnisse und derzeitige Zufriedenheit im Prozess der Wiedereingliederung zu erfassen. Die Ergebnisse wurden mit den Erkenntnissen aus der Evidenz gestützt und einer Expertin vorgelegt, die die Aussagen mit ihrem Erfahrungswissen stärkte.

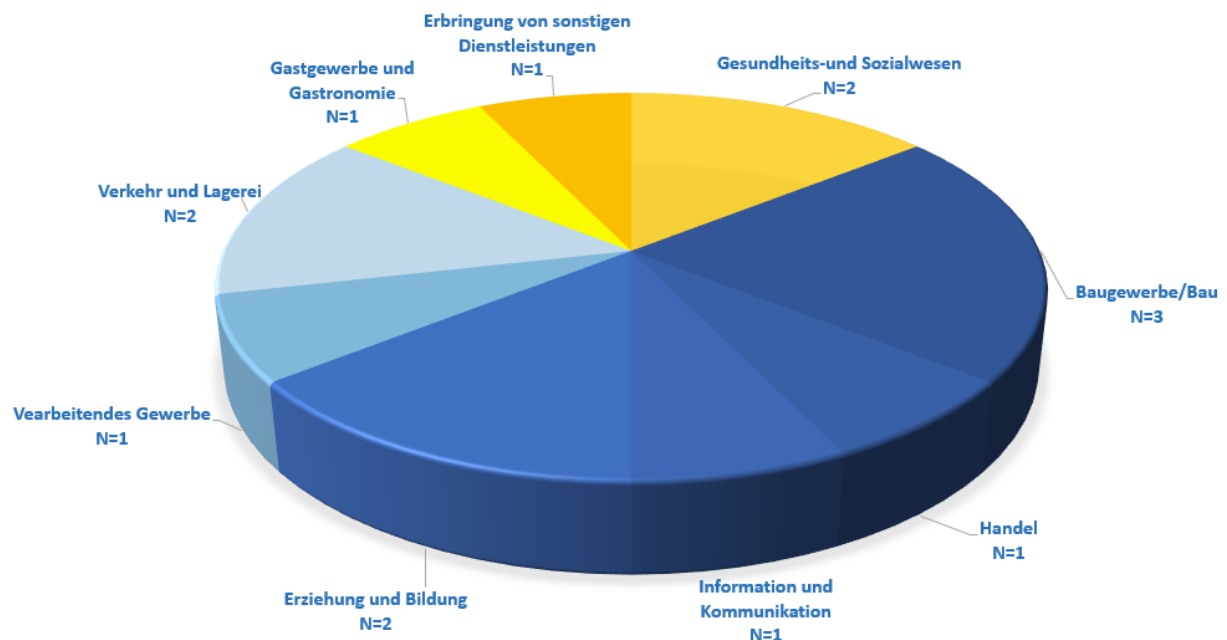
2.2.1 Durchführung der Befragung und sozialstatistische Daten

Die Arbeitgebenden sind im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung ein wichtiger Faktor (Schiffmann et al., 2022). Dafür wurde Mitte Februar bis Mitte März 2023 eine schriftliche Umfrage bei Arbeitgebenden durchgeführt, um die Zufriedenheit mit der bisherigen ergotherapeutischen Begleitung sowie den verschickten Unterlagen bei der beruflichen Integration zu erfassen. Bei der Erstellung der Umfrage verwendete die Projektleiterin das Tool «Microsoft Forms», da dieses hausintern für die Umfrage empfohlen wurde und leicht bedienbar ist. Gemäss der Empfehlung von Richter (1970, S. 148 f.) wurde in einem Einführungstext der Zweck der Umfrage erläutert sowie wichtige Informationen wie das Rücklaufdatum, die Anonymisierung, die Dauer des Ausfüllens, eine Danksagung etc. erwähnt. Bei der Darstellung wählte die Projektleiterin ein ansprechendes Layout sowie knappe und verständliche Formulierung. Dies erhöht die Rücklaufquote gemäss Bortz & Döring (2006). Zwei Fragen waren sozialstatistische Werte, wodurch die Stichprobe beschrieben werden kann. Bei den weiteren Fragen handelt es sich um geschlossene Fragen mit Auswahlmöglichkeiten oder Vergabe von Sternen. Diese Art der Frage erleichtert die Objektivierbarkeit sowie die Auswertung (Bortz & Döring, 2006). Weiter wurde mit diesen Fragestellungen eine eindeutige Stellungnahme von den Teilnehmenden verlangt. Daher wurde auf die Möglichkeit «Sonstiges» spezifisch verzichtet, da dies für wissenschaftliche Zwecke und die Auswertung nicht hilfreich ist (Bortz & Döring, 2006). Der Projektleiterin war bewusst, dass offene Fragestellungen zu einem grösseren Informationsumfang beigetragen können, wobei dies zu einer qualitativen Rückmeldung geführt hätte und der Aufwand für die Arbeitgebenden grösser gewesen wäre. Die Projektleiterin schlussfolgerte, dass aufgrund eines höheren Zeitaufwands die Teilnahmemotivation gesunken wäre und somit die Rücklaufquote niedriger ausgefallen wäre. Weiter konnten bereits durch die Literaturrecherche qualitative Informationen zusammengetragen werden und eher quantitative Angaben fehlten, was wiederum zu einfach auswertbaren geschlossenen Fragen führte. Nichtsdestotrotz gab es von vier Teilnehmenden qualitative Rückmeldungen. Der Fragebogen ist im Anhang XVI ersichtlich.

Von der Gesamtpopulation der Arbeitgebenden, die im Rahmen einer Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung durch die Ergotherapie der AN begleitet worden sind, wurden 14 Arbeitgebende angeschrieben. Bei der Auswahl der Arbeitgebenden wurde beachtet, dass die Wiedereingliederung in den letzten vier Jahren stattgefunden hat und die Begleitung bis zum Abschluss der beruflichen Wiedereingliederung erfolgte und zum Zeitpunkt der Umfrage daher abgeschlossen war. Weiter wurde berücksichtigt, dass viele verschiedene Branchen mit mindestens einem Arbeitgebenden vertreten sind, um die Repräsentativität zu erhöhen. Selbständig Erwerbende wurden ausgeschlossen, da der Fokus der Befragung auf den Arbeitgebenden lag. Die Umfrage konnte elektronisch und anonym ausgefüllt werden.

Die angeschriebenen Arbeitgebenden kamen aus neun verschiedenen Branchen (siehe Abbildung 7). Die meist vertretende Branche war die Baubranche (n = 3), gefolgt von dem Gesundheits- und Sozialwesen (n = 2), der Erziehung und Bildung (n = 2) sowie Verkehr und Lagerei (n = 2). Die Branchenzuteilung erfolgte gemäss der Allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA) des Bundesamts für Statistik (Bundesamt für Statistik, o. J.).

Abbildung 7: Anzahl Teilnehmende nach Branche



Quelle: Einteilung gemäss NOGA (Bundesamt für Statistik, o. J.)

Innerhalb von zehn Tagen haben zehn Arbeitgebende die Fragen beantwortet. Im Verlauf gab es keine weitere Rückmeldung. Die Rücklaufquote betrug 71.4 %. In zwei gefunden Studien (Coole et al., 2013; Schiffmann et al., 2022) wurde erwähnt, dass es schwierig war, Arbeitgebende zur Teilnahme an den Studien zu motivieren. Aufgrund dessen war es umso erfreulicher, dass bei der Umfrage im Rahmen dieses Projekt «JobDoku Reform» die Rücklaufquote hoch war. Durchschnittlich liegt die Rücklaufquoten von Kundenumfragen per Mail zwischen 10-40 % (Theobald, 2017, S. 354). Die Projektleiterin schlussfolgert, dass die angeschriebenen Arbeitgebende Interesse an dieser Thematik hatten und mögliche Konsequenzen für sie positiv ausfallen könnte und dies die Kooperationsbereitschaft gefördert hat. Mit einer Erinnerungsnachricht an die Arbeitgebenden hätte die Rücklaufquote vermutlich minimal erhöht werden können. Auf diese Erinnerung wurde bewusst verzichtet, da bereits bei der ersten Anfrage eine überdurchschnittliche Antwortanzahl erreicht wurde. Aufgrund der anonymisierten Beantwortung kann nicht nachverfolgt werden, aus welcher Branche die Rückmeldungen kamen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass gerade die Anonymisierung ausschlaggebend für die gute Rücklaufquote war. Hingegen hätte der Vorteil einer nicht anonymisierte Umfrage darin bestanden, dass Verbesserungsvorschläge noch spezifischer hätten erfasst werden können und die Rückmeldungen eventuell heterogener ausgefallen wären. Zudem hätte die Projektleiterin den Teilnehmenden einen Dank in Form eines kleinen Geschenks zustellen können, dies war aufgrund der Anonymisierung jedoch nicht möglich.

Das verwendete Tool Microsoft Form präsentierte die Bewertungen in einer Zusammenfassung übersichtlich, was die Analyse und Interpretation vereinfachten.

Neun Arbeitgebende hatten Erfahrung in der beruflichen Wiedereingliederung von Personen nach einer erworbenen Hirnschädigung, wovon acht Arbeitgebende bisher eine Person zurück in den beruflichen Alltag begleitet haben und zwei Arbeitgebender bisher mehrere Personen (3-5 Personen bzw. über 6 Personen) mit einer erworbenen Hirnschädigung eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ermöglichten.

Im folgenden Abschnitt wird auf die Fragen 3 bis 8 eingegangen und diese mit Informationen aus der Literaturrecherche gestützt. Zusätzlich wurden die Ergebnisse der Wiedereingliederungsberaterin Frau Mariana Schilliger der WAS Wirtschaft Arbeit Soziales, Invalidenversicherung Luzern vorgelegt und um ihre schriftliche Rückmeldung zu diesen Auswertungen gebeten. In ihrer Tätigkeit als Eingliederungsberaterin hat sie neben dem Kontakt mit versicherten Personen auch intensiven Austausch mit den Arbeitgebenden und kennt deren Bedürfnisse und Fragestellungen. Der Projektleiterin war es wichtig, neben den Rück-

meldungen der Arbeitgebenden und der Literaturrecherche noch einen weiteren Blickwinkel auf die Thematik zu richten. Dadurch zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen oder die aufgeführten Ergebnisse zu untermauern von einer Fachperson, welche tagtäglich in diesem Kontext tätig ist.

2.2.2 Unterstützung durch die Ergotherapie bei der Wiedereingliederung

Acht Befragte fanden die ergotherapeutische Unterstützung der AN als hilfreich (5 von 5 Sternen). Jeweils eine befragte Person beurteilte die Begleitung mit «teils-teils» (3 von 5 Sternen) sowie eine weitere Person mit «eher hilfreich» (4 von 5 Sternen). Damit zeigt sich, dass die Ergotherapeutinnen der AN ein wichtiger Bestandteil der beruflichen Wiedereingliederung sind und deren Arbeit von den Befragten mehrheitlich als unterstützend wahrgenommen wird. Die Literatur verdeutlicht, dass sich Arbeitgebende eine Begleitperson wünschen, die die koordinierende Funktion innehat (Claros-Salinas, 2023; Donker-Cools et al., 2018; Hellman et al., 2016). Diese Koordinationsperson soll Erfahrung in der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung haben und spezifisches Fachwissen zum beispielsweise Thema Schlaganfall und dessen Folgen vermitteln können (Öst Nilsson et al., 2020) und Ratschläge zum Umgang mit den Folgen einer Hirnverletzung an alle Beteiligten weitergeben und die Bedürfnisse aller berücksichtigen (Hellman et al., 2016; Öst Nilsson et al., 2020; Schiffmann et al., 2022). Culler et al. (2011) empfehlen, dass diese Koordinationsperson eine Fachperson der beruflichen Rehabilitation ist und die Arbeit von Bin Zainal et al. (2020) bestätigt die wichtige Rolle der Ergotherapie in diesem Prozess. Das Ergebnis der Auswertung untermauert zudem noch Coole et al. (2013). In ihrer qualitativen Arbeit wurde die ergotherapeutische Fachperson durch die Arbeitgebenden als hilfreich wahrgenommen, da sie Informationen weitergab und Anpassungen bei der Arbeit vornahm.

Bei der Schlussfolgerung muss jedoch beachtet werden, dass die Umfrage freiwillig ausgefüllt wurde und die Arbeitgebenden eventuell positiv gegenüber der Projektleiterin und den Fachpersonen der Ergotherapie eingestellt waren und die Arbeit deshalb affirmativ beurteilten.

Dennoch wird davon ausgegangen, dass das Vorgehen der Fachpersonen der Ergotherapie der AN in der beruflichen Integration den Bedürfnissen der Arbeitgebenden entspricht.

2.2.3 Genügend Informationen zur Wiedereingliederung erhalten

Die Frage, ob die Arbeitgebenden genügend Informationen zum Arbeitsversuch und zur Wiedereingliederung erhalten haben, bewerteten sechs Personen mit «trifft zu» (5 Sterne), drei Personen gaben vier Sterne und eine Person gab drei von fünf Sternen. Die Auswertung legt dar, dass mehr Informationen gewünscht werden und dies im Vorgehen der Ergotherapie der

AN optimiert werden kann. Dieses Ergebnis bekräftigt die Notwendigkeit dieses Qualitätsverbesserungsprojekt und deren Leitfragen, welche Informationen die Arbeitgebenden zu Beginn der beruflichen Integration benötigen. Mit Frage 7 wird erfasst, welche Informationen und Inhalte von den Arbeitgebenden gewünscht werden.

2.2.4 Erhaltene Unterlagen

Die Unterlagen wurden durchschnittlich mit 4.6 von 5 Sternen bewertet. Dies verdeutlicht, dass die bisherigen Unterlagen für die Arbeitgebenden hilfreich waren und deren Bedürfnisse erfassten. Die ergotherapeutischen Empfehlungen zu Arbeitszeit/-bereich sowie Arbeitsunfähigkeit konnten den aktuellen Stand und das weitere Vorgehen verständlich aufzeigen.

2.2.5 Informationen zu Einschränkungen

Informationen zu den Einschränkungen des Arbeitnehmenden sind für die Arbeitgebenden nützlich. Neun Arbeitgebende beantworteten die Frage mit «5 Sternen» und eine Person wählte «4 von 5 Sternen». Die Arbeit von Hellman et al. (2016) zeigt, dass Wissen über neurologische Ereignisse und insbesondere deren Folgen auf die Arbeitstätigkeit von den Arbeitgebenden gewünscht wird.

Viele Arbeitgebende haben Bedenken hinsichtlich Rückkehr von Arbeitnehmenden nach einem Schlaganfall (Coole et al., 2013). Die Projektinitiantin vermutet, dass ein Grund das fehlende Wissen über neurologische Erkrankungen und deren Folgen ist. Eine direkte Rückmeldung aus der Umfrage bestätigt die Schlussfolgerung und die Literatur: *«Die involvierten Führungskräfte müssen auf Hirnverletzung und was das nun bedeutet, geschult werden.»* (Arbeitgebende Person ID 3).

Die Expertin bestätigt, dass die Arbeitgebenden meist erstmalig mit dem Thema Hirnverletzung und den Folgen konfrontiert werden. Zudem haben die Arbeitgebenden keine Vorstellung, inwiefern sich die hirnverletzten Arbeitnehmenden verändert haben (M. Schilliger, persönliche Kommunikation, 2. Mai 2023).

2.2.6 Factsheet

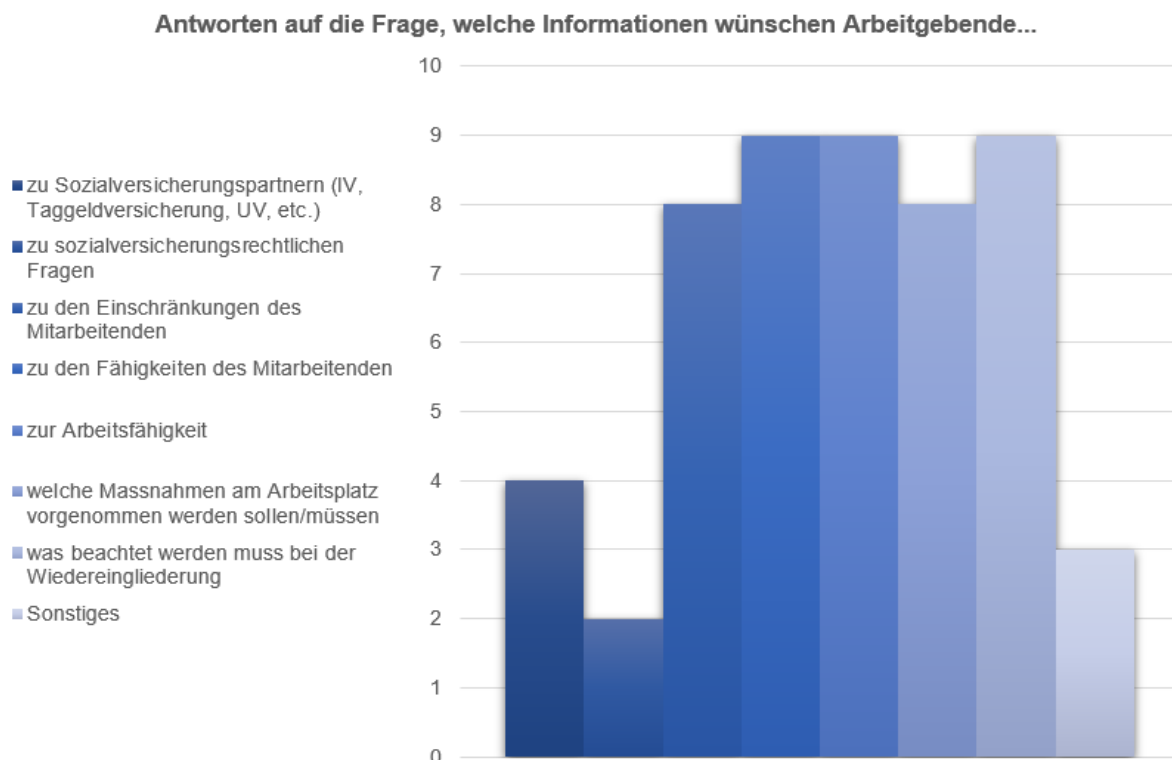
Auf die Frage, ob ein Factsheet über Folgen von Hirnschädigung gelesen werden würde, antworteten sieben Teilnehmende mit «trifft zu» (5 Sterne). Weitere drei Teilnehmenden beurteilen die Frage mit «trifft eher zu» (4 Sterne). Damit kann angenommen werden, dass mehr Informationen gewünscht sind, was die Literatur bestätigt. In verschiedenen Arbeiten wird erwähnt, dass eine grosse Wissenslücke hinsichtlich einer erworbenen Hirnschädigung und der daraus resultierenden Folgen bei den Arbeitgebenden besteht (Coole et al., 2013;

Culler et al., 2011; Öst Nilsson et al., 2020; Schiffmann et al., 2022). In der qualitativen Arbeit von Coole et al. (2013) wird zudem herausgearbeitet, dass die Arbeitgebenden nicht wissen, wo sie fachkundige Informationen zum Thema Schlaganfall erhalten können. Die Projektleiterin leitet daraus ab, dass die Arbeitgebenden mit Literatur beziehungsweise Fachwissen versorgt werden möchten. Daher wird dieser Punkt in die Checkliste des Qualitätsverbesserungsprojekts aufgenommen.

2.2.7 Informationswunsch der Arbeitgebenden

Bei dieser Frage war eine Mehrfachnennung durch die Umfrageteilnehmenden möglich. Spezifisch wird auf die einzelnen Antworten eingegangen. In der Abbildung 8 sind die Anzahl Antworten pro Item dargestellt.

Abbildung 8: Auswertung der Frage 8



Anmerkung: Zahl = Anzahl Antworten pro Item

Quelle: Eigene Darstellung

Einschränkungen des Mitarbeitenden

Wie bereits erwähnt, sind Informationen zu den Einschränkungen der Mitarbeitenden für die Arbeitgebenden relevant. Die Arbeitgebenden erwarten von ihren hirnerkrankten Mitarbeitenden, dass sie Experte/Expertin mit Blick auf ihre Erkrankung sind und eine gute Selbsteinschätzung haben (Schiffmann et al., 2022). Die Arbeitnehmenden mit einer erworbenen Hirnerkrankung sollen in der Lage sein, ihre Einschränkungen und deren Folgen auf die Arbeit zu

reflektieren und daraus schlussfolgernd Strategien entwickeln und ihre Bedürfnisse gegenüber den Arbeitgebenden äussern (Schiffmann et al., 2022). Allerdings ist eine Fachperson notwendig, falls der/die hirnerkrankte Mitarbeitende nicht in der Lage ist, dies zu kommunizieren, beispielsweise aufgrund einer Sprachstörung, fehlende Krankheitseinsicht etc., oder die Einschränkungen nicht kommunizieren möchte, da er/sie Angst hat, die Arbeitsstelle zu verlieren (Coole et al., 2013; Schiffmann et al., 2022). Diese Rückmeldung eines Arbeitgebenden in der Befragung bestätigt dies: *«Je nach Schädigung war die Aussensicht sehr wichtig, um Anpassungen zu machen, wenn Sie vom Mitarbeitenden nicht direkt benannt werden konnten»* (ID 2). Denn ist die Wahrnehmung der Fähigkeiten zwischen dem hirnerkrankten Mitarbeitenden und den Arbeitgebenden nicht kongruent, führt dies zu Frustration (Öst Nilsson et al., 2020). Hierbei ist ein Koordinator oder eine Koordinatorin beziehungsweise eine Fachperson erforderlich, die eine vermittelnde Rolle einnimmt (Öst Nilsson et al., 2020). Die Wiedereingliederungsberaterin Mariana Schilliger wünscht sich, dass die Fachpersonen der Ergotherapie spezifisch und offen über die Einschränkungen und deren Folgen auf die berufliche Tätigkeit der Arbeitnehmenden informieren und schlussfolgend vermitteln zwischen dem Mitarbeitenden und Arbeitgebenden (persönliche Kommunikation, 2. Mai 2023).

Fähigkeiten der Mitarbeitenden

Die Arbeitgebenden wünschen sich zudem Informationen zu den Fähigkeiten. Die Fokussierung auf die Fähigkeiten des Mitarbeitenden erwähnen die Arbeitgebenden als förderlichen Faktor in der qualitativen Studie von Donker-Cools et al. (2018). Wie bereits erwähnt, bedarf es einer Fachperson für diese Einschätzung, falls dies die betroffene Person nicht eigenständig mitteilen kann. Die Arbeitgebenden, die in der qualitativen Studie von Schiffmann et al. (2022) in halbstrukturierten Interviews befragt wurden, bekunden als Grundlage für eine nachhaltige Arbeitsleistung die Anpassung des Arbeitsplatzes/-bereichs an die Ressourcen und Fähigkeiten des Mitarbeitenden. Demnach sollen die Arbeitsaufgaben an die Fähigkeiten des Mitarbeitenden stetig angepasst werden, sodass dieser wachsen kann und die Motivation aufrechterhalten wird (Schiffmann et al., 2022). Es wird bei Personen mit erworbener Hirnschädigung empfohlen, Anpassungen im Aufgabenbereich unter Berücksichtigung der Ressourcen vorzunehmen sowie eine kontinuierliche Steigerung der Arbeitszeit und Komplexität der Aufgaben (Claros-Salinas, 2023; Tsutsumi, 2020). Dieser spezifisch auf die Arbeitstätigkeit ausgerichtete Ansatz präsentiert eine starke Evidenz (Donker-Cools et al., 2018). Dies bedeutet einen individuellen Wiedereingliederungsplan sowie eine Anpassung der Arbeitsanforderungen an die Fähigkeiten des Mitarbeitenden (Donker-Cools et al., 2018; Ntsiea et al., 2015).

Die Expertin bestätigt, dass, wenn die Fähigkeiten durch die Fachpersonen erläutert werden, die Arbeitgebenden abschätzen können, welche Tätigkeiten im beruflichen Alltag ausgeführt

werden können (M. Schilliger, persönliche Kommunikation, 2. Mai 2023). Weiter wünschen die Arbeitgebenden, dass Stellung bezogen wird, inwiefern sich die Fähigkeiten verändern oder wieder erreicht werden können (M. Schilliger, persönliche Kommunikation, 2. Mai 2023).

Arbeitsunfähigkeit

Die Einschränkungen und Fähigkeiten der Person nach einer erworbenen Hirnverletzung gehen einher mit der Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit ist gemäss Art. 6 Satz 1 ATSG „die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten“. Bei der Definition der Arbeitsunfähigkeit wird die Leistung und Präsenzzeit berücksichtigt und schlussfolgernd, ob die Produktivität auf die bisher ausgeübte Tätigkeit eingeschränkt ist (Baumgartner & Rudolph, 2018; Widmer, 2017). In der Praxis zeigt sich, dass Kenntnisse über die Fähigkeiten sowie Einschränkungen der zu wiedereingliedernden Person sowie Wissen über die Arbeitstätigkeit notwendig sind, um eine spezifische Einschätzung vornehmen zu können. Daher wird durch die Fachperson der Ergotherapie in der AN eine Empfehlung zur Arbeitsunfähigkeit ausgesprochen, die der haus- oder fachärztliche Dienst bei Bedarf übernehmen kann (siehe Anpassung Dokumente im Kapitel 3.1.2).

Welche Massnahmen am Arbeitsplatz durchgeführt oder was bei der Wiedereingliederung beachtet werden soll

Bei der Umfrage bekunden die Arbeitgebenden das Bedürfnis nach Informationen, was bei der Wiedereingliederung beachtet werden soll und welche Massnahmen am Arbeitsplatz vorgenommen werden sollen. Hierfür zeigt sich in der Literatur die Bedeutung einer Fachperson oder Rehabilitationsspezialist/Rehabilitationsspezialistin, die die Arbeitgebenden gezielt beraten können (Donker-Cools et al., 2018). Die Beratung und Schulung von Führungskräften ist ein wichtiger Aspekt in einer wirkungsvollen berufsbezogenen Neurorehabilitation (Claros-Salinas, 2023). Neben dem Umgang mit den Folgen ist zudem die Beratung hinsichtlich Kommunikation mit dem hirnverletzten Mitarbeitenden häufig erforderlich. In der Arbeit von Öst Nilsson et al. (2020) benannten die Arbeitgebenden die gezielte Kommunikation mit dem Mitarbeitenden als herausfordernd. Die Arbeitgebenden wollten hinsichtlich der Arbeitsleistung ehrlich sein, jedoch bei den Mitarbeitenden mit ihrer Rückmeldung keinen Stress auslösen. Die Fachperson der Ergotherapie kann hierbei adressatengerecht kommunizieren, vermitteln und den Arbeitgebenden ermuntern, eine offene Kommunikation mit dem hirnverletzten Mitarbeitenden zu unterhalten.

Im direkten Gespräch mit den Arbeitgebenden sollte erwähnt werden, dass der Prozess der Wiedereingliederung häufig mehr als ein halbes Jahr dauert, da sechs Monate häufig nicht ausreichend für die Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung sind (Öst Nilsson et al., 2020).

Die wichtigsten Massnahmen, welche die Wiedereingliederung positiv beeinflussen und aus der Literatur abgeleitet werden konnten sind: Stresssituationen vermeiden und genügend Zeit für die jeweilige Aufgabe einplanen; eine ruhige Arbeitsatmosphäre schaffen (z. B. Kopfhörer oder Gehörschutz); Multitasking vermeiden; gezielt Pausen einlegen; offene Kommunikation mit dem Arbeitsumfeld (Claros-Salinas, 2023; Donker-Cools et al., 2018; Radford et al., 2018). In die Checkliste, die im Rahmen des Projekts «JobDoku Reform» erstellt wird, werden weitere Massnahmen erfasst, die vorab in der Ergotherapie mit dem Patienten oder der Patientin mit einer erworbenen Hirnschädigung besprochen werden sollen. Dazu gehören unter anderem ergonomische Arbeitsplatzanpassungen, Nutzung von Hilfsmitteln oder Pausenmanagement.

Sozialversicherungsträgern/sozialversicherungsrechtliche Fragen

Informationen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen und zu Sozialversicherungsträgern (Invalidenversicherung, Taggeldversicherung, Unfallversicherung etc.) wünschten zwei beziehungsweise vier Arbeitgebende. Das Bedürfnis für Informationen zu diesen beiden Bereichen scheint reduziert und daher werden diese Informationen weder in die Checkliste noch die neuen Dokumente für die Arbeitgebenden aufgenommen. Hellman et al. (2016) beschreiben, dass die begleitende Person in der beruflichen Wiedereingliederung Wissen über sozialversicherungsrechtliche Vorgaben haben soll. Die Ergotherapeutinnen der AN verfügen über Kenntnisse und Wissen, an welche Sozialversicherungsträger verwiesen werden kann, sofern sozialversicherungsrechtliche Fragen vonseiten der Arbeitgebenden bestehen. Die Wiedereingliederungsfachperson Mariana Schilliger ergänzt, dass alle involvierten Stellen dahingehend aufgeklärt werden müssen, welche Rolle und Aufgaben die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut innehat (M. Schilliger, persönliche Kommunikation, 2. Mai 2023).

Rückmeldungen

Die Arbeitgebenden erachteten den direkten telefonischen Austausch als überaus wertvoll und unterstützend. *«Ich habe den direkten Kontakt per Telefon mit Ihnen sehr geschätzt. Das Feedback aus den Gesprächen zwischen Ihnen und dem Patienten waren sehr wertvoll für mich. Per Mail könnten viele Dinge nicht in derselben Qualität besprochen werden.»* (ID 5).

Dem Gegenüber äusserte ein Arbeitgebender in der Umfrage: *«Für einen Arbeitgeber ist es sehr schwierig, an verlässliche und brauchbare Infos zu kommen.»* (ID 4).

Aufbauend auf diesen Antworten wird den Ergotherapeutinnen der AN in der neu erstellten Checkliste die Aufrechterhaltung des telefonischen Kontakts mit den Arbeitgebenden empfohlen, der jedoch an die Bedürfnisse der Arbeitgebenden sowie Ressourcen der Ergotherapie angepasst werden soll. Insgesamt bestätigen Öst Nilsson et al. (2020), dass der Austausch mit den Koordinationspersonen zeitraubend sei, jedoch für den Prozess hilfreich und Sicherheit beim Vorgehen gibt.

3 Projektausführung

In diesem Teil wird die Projektausführung beschrieben. Dies beinhaltet die Umfrage bei den Mitarbeitenden der Ergotherapie und deren Auswertung sowie der Erstellung der Unterlagen und Checkliste für die berufliche Integration von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung.

3.1 Anpassung interne Unterlagen

Die Ausführung und Auswertung der Umfrage in der Ergotherapie der AN sowie die Anpassung der Unterlagen wird in diesem Abschnitt erläutert.

3.1.1 Durchführung der Befragung und Evaluation in der Ergotherapie AN

In der SWOT-Analyse ging hervor, dass die bisherigen Unterlagen, beispielsweise die Beschreibung des Arbeitsversuches, insgesamt zu umfangreich waren. Allerdings fehlen auch Informationen. Um genauere Informationen hierzu zu erhalten und die Bedürfnisse zu erfassen, wurde eine Umfrage mit allen Ergotherapeutinnen der AN durchgeführt.

Die Befragung bei den vier Ergotherapeutinnen konnte bereits in den Kalenderwochen KW4 bis KW6 durchgeführt werden. Die Umfrage wurde zeitnah nach dem Kick-off-Meeting ausgeführt, sodass das Thema noch präsent war. Die Onlineumfrage wurde mit Microsoft Forms erstellt und umfasste acht Fragen. Die Zufriedenheit mit den bestehenden Dokumenten wurde im ersten Schritt mit einer Fragestellung mit ordinaler Skalierung erfasst. In jeweils einer qualitativen Fragestellung konnten die Ergotherapeutinnen ihre Veränderungswünsche und Anregungen verschriftlichen. Eine Frage zielte auf den möglichen Einsatz einer Checkliste ab. Bei der Erstellung der Fragen wurde auf eine klare Formulierung und leicht beantwortbare Fragen geachtet. Der Fragebogen ist im Anhang XVII ersichtlich. Es zeigte sich, dass das Tool Microsoft Forms praktikabel und hilfreich war. Nach jeder ausgefüllten Umfrage wurde die Projektleiterin per E-Mail informiert und automatisiert eine Zusammenfassung mit Diagrammen erstellt, was einen raschen Überblick über die Rückmeldung ermöglichte.

Die Rücklaufquote lag innerhalb von zwei Wochen bei 100 %. Von den vier Befragten haben drei Personen Erfahrung in der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung. Die Sicherheit im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung bewerteten zwei Ergotherapeutinnen mit eher sicher und jeweils eine Person mit «teils-teils» sowie «eher unsicher».

Auf die Frage, ob eine Checkliste für den Prozess der Wiedereingliederung hilfreich sei, antworteten jeweils eine Ergotherapeutin «trifft zu»/»trifft eher zu» und zwei Mitarbeiterinnen «teils-teils».

Die Zufriedenheit mit dem Dokument «Arbeitsversuch» wurde zweimal mit drei Sternen bewertet und einmal mit vier von fünf Sternen. Der Median liegt bei 3. Bei der Folgefrage bestand die Möglichkeit, Optimierungswünsche anzubringen. Es zeigte sich, dass die Gestaltung und der Inhalt des derzeitigen Dokuments angepasst werden müssen. Formulierungen wie «*kürzer*», «*kürzere Sätze*» oder «*schriftlicher Teil kürzen*» wurde bei drei Rückmeldungen erwähnt. Die Bemerkungen «*Darstellung/Auftritt*» oder «*Übersichtlicherer Gestaltung*» geben Hinweise darauf, dass das Layout angepasst werden sollte. Das Dokument «Weiteres Procedere» wurde mit durchschnittlich vier Sternen bewertet. Bei diesem Dokument waren die Rückmeldungen insgesamt divergent und bestanden aus fachlichen Anpassungen. Beispielsweise, dass dieses Dokument und erläuterte Vorgehen eine therapeutische Empfehlung ist oder das Dokument von der Patientin oder dem Patienten an die involvierten Parteien weitergeleitet werden soll. Die bestehenden Unterlagen sind aus Sicht der Arbeitgebenden hilfreich (siehe Punkt 2.2.4).

3.1.2 Grundlage und Anpassung der Unterlagen

Basierend auf der Umfrage der Mitarbeitenden der Ergotherapie wurden die Unterlagen angepasst. Die Dokumente wurden gemäss den internen Vorlagen der Institution erstellt, um die Corporate Identity zu wahren.

Beim Verfassen wurde ein direkter und verständlicher Schreibstil verwendet, wie von Radford et al. (2018) empfohlen. Claros-Salinas (2023) beschreibt, dass es zweckmässig sei, die konkreten therapeutischen Empfehlungen (Arbeitsbereich, Arbeitszeit etc.) schriftlich festzuhalten und dieses Dokument als Ergänzung zu den ärztlichen Zeugnissen verwendet werden soll (Claros-Salinas, 2023). Denn die Arbeitsfähigkeit muss zwingend durch eine ärztliche Fachperson ausgestellt werden, damit dies eine Gültigkeit hat bei der Taggeldversicherung. Mit dem bisherigen Dokument gab es regelmässig Missverständnisse, da die Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung oder die Arbeitgebenden, dachten das Dokument mit der therapeutischen Empfehlung ersetzt ein ärztlicher Arbeitsunfähigkeitszeugnis.

Das Erfassen der konkreten therapeutischen Empfehlung stützen Radford et al. (2018), die ausführen, dass die Unterlagen nachvollziehbar deklarieren sollen, wann der Rückkehrzeitpunkt ist sowie die schrittweise Erhöhung der Arbeitszeit und den Zuständigkeitsbereich festhalten. Ein Ausschnitt aus dem Dokument ist ersichtlich in Abbildung 9. In der ersten Spalte steht neu «Gültig ab». Vor der Anpassung war diese Spalte mit «Datum» bezeichnet. Mit der neuen Bezeichnung «Gültig ab» ist klar deklariert, ab welchem Datum die therapeutische Empfehlung gelten sollen. In der Tabelle wird auch spezifisch erfasst, welche Tätigkeiten ausgeführt werden dürfen und welche derzeit, die nicht verrichtete Tätigkeiten sind. Ebenso werden auf dem Dokument förderliche Punkte für eine erfolgreiche berufliche Integration erfasst. Diese Massnahmen werden klienten- und berufsspezifisch zusammengestellt durch die ergotherapeutische Fachperson. Solche Massnahmen können sein: Stresssituationen vermeiden, reizarme Umgebung schaffen, Aufträge schriftlich gestalten etc.

Bei der Erstellung der Unterlagen wurde das Praxishandbuch Korrespondenz von Sauer (2017) berücksichtigt. Dieses Praxishandbuch beinhaltet die Norm DIN 5008 und umfasst daher Schreib- und Gestaltungsrichtlinien für Texte jeglicher Art. Beispielsweise wurden kurze Sätze mit klaren Aussagen geschrieben und Streckformen vermieden. Berücksichtigt wurden zudem die Vorgaben der Institution hinsichtlich gendergerechter Sprache.

Abbildung 9: Ausschnitt aus dem Dokument «Berufliche Integration» der AN

Therapeutische Empfehlung zum weiteren Vorgehen:

Gültig ab	Arbeitszeit	Arbeitsbereich	Präsenzzeit	AUF
06.01.2023	2x 2h (Mi, Fr)	- administrative Tätigkeiten Derzeit nicht verrichtete Tätigkeiten: - Kundenkontakt - Arbeiten unter Zeitdruck	Ca. 9,5%	100%

Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Dokument zum Thema «Hirnverletzung und deren Folgen» erstellen

Der Meilenstein C umfasst das Zusammenstellen eines Dokuments zum Thema «Hirnverletzung und deren Folgen», das den Arbeitgebenden oder weiteren interessierten Personen gegeben beziehungsweise zugeschickt wird.

Aus der Literaturrecherche konnte abgeleitet werden, dass viele Arbeitgebende wenig Kenntnisse und Wissen über erworbene Hirnschädigungen und deren Folgen haben (Coole et al., 2013; Culler et al., 2011; Hellman et al., 2016; Öst Nilsson et al., 2020; Schiffmann et al., 2022), woraus sich ein Bedürfnis nach Wissensvermittlung und Zugang zu Informationen zu diesem Thema ergibt. Diese Aussagen bestätigt überdies die Umfrage bei den

Arbeitgebenden im Rahmen des vorliegenden Projekts «JobDoku Reform». Darauf aufbauend wollte die Projektleiterin ein Dokument zu Hirnverletzungen und deren Folgen zusammenstellen.

Es zeigte sich im Verlauf des Projekts und bei der Bearbeitung dieses Arbeitspaketes, dass es diffizil ist, umfangreiche Informationen bedarfsgerecht zusammenzustellen. Aufgrund dessen wurde das Vorhaben geändert und eine Alternative gesucht. Die Projektleiterin hat sich dafür entschieden, eine Homepage zu recherchieren, die das Fachwissen adressatengerecht präsentiert. Die schweizerische Patientenorganisation Fragile Suisse präsentiert auf ihrer Homepage die gewünschten Informationen zu Hirnschädigungen und deren Folgen sowie Umgang mit dieser Personengruppe. Diese Informationen sind für Laien aufbereitet sowie in den drei Landessprachen und Englisch verfügbar. Weiter ist der Versand eines Hyperlinks per E-Mail nachhaltiger und ökologischer als ein Dokument in Papierform. Der Link ist in der Checkliste erfasst und wird bei Bedarf von den Ergotherapeutinnen kopiert und an die Arbeitgebenden oder andere involvierte Stellen per E-Mail verschickt.

3.3 Checkliste zur beruflichen Integration

Die Checkliste zur beruflichen Integration für die Ergotherapie der AN umfasst den Meilenstein E.

Aufgrund der Kündigung der Projektleiterin zum 30. Juni 2023 wurden die Arbeitspakete zur Checkliste vorgezogen, sodass die Checkliste Mitte April 2023 in die «Do»-Phase geführt wurde.

3.3.1 Grundlage und Evidenz der Checkliste

Eine Checkliste ist ein standardisierter Ablauf und gilt als Basis, um Qualität zu gewährleisten, den Mitarbeitenden Sicherheit zu vermitteln und der Wissenssicherung (Bertagnolli, 2018; Liker & Meier, 2007). Dabei sind Checklisten besonders relevant für Mitarbeitende, die wenig Erfahrung in der beruflichen Integration haben. Es hilft ihnen den Überblick zu halten in diesem komplexen Prozess. Weiter ist die Standardisierung eine Grundlage des effizienten Prozessmanagements (Angerer, 2012). Das Ziel einer Standardisierung ist die stetige Verbesserung des bestmöglichen Vorgehens, ein hohes Leistungspotenzial und geringe Ressourcenverschwendung (Liker & Meier, 2007). Die Verschwendung in diesem Projekt bezieht sich auf die zeitlichen Ressourcen, die mit einer Checkliste effizienter genutzt werden können. Zur Entwicklung eines Standards muss dabei zunächst das Vorgehen definiert und anschliessend verschriftlicht werden (Angerer, 2012). Die erstmalige schriftliche Festlegung des Ablaufs wurde im Rahmen des Projekts «JobDoku Reform» ausgeführt.

Bereits bei der systematischen Literaturrecherche zu der Frage, welche Informationen die Arbeitgebenden von den Fachpersonen der Ergotherapie für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung benötigen, wurde auf mögliche Literatur für eine Checkliste geachtet. Die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche sowie der Umfrage bei den Arbeitgebenden wurden beim Erstellen der Checkliste berücksichtigt.

Gesamthaft wurden drei Studien und ein Buch verwendet beim Erstellen der Checkliste. Aus der in der Projektvorbereitung durchgeführten Literaturrecherche (siehe Kapitel 2.1 Literaturrecherche) wurden die Arbeiten von Donker-Cools et al. (2018) und Öst Nilsson et al. (2020) einbezogen. In der Arbeit von Donker-Cools et al. (2018) sind förderliche und hinderliche Faktoren sowie mögliche Lösungsansätze für die berufliche Reintegration herausgearbeitet worden, jeweils aus der Sicht der Arbeitgebenden und von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung. Ein solcher Lösungsansatz ist, die individuelle Anpassung der Arbeitszeit und des Aufgabenbereiches sowie die reizarme Arbeitsplatzgestaltung. Diese Lösungsansätze wurden in die Checkliste aufgenommen.

Die Studie von Öst Nilsson et al. (2020) hat wichtigen Aspekte aus Sicht der Arbeitgebenden erläutert. Beispielsweise sollen die Fachpersonen darauf hinweisen, dass der Prozess der beruflichen Wiedereingliederung von einer Person mit einer erworbenen Hirnschädigung länger dauern wird. Weitere bedeutenden Aspekte für die Arbeitgebenden waren die Informationsweitergabe zur aktuellen Situation und des Procederes an das Team und Arbeitskollegen.

Zusätzlich zu diesen Studien verwendete die Projektleiterin zum Erstellen der Checkliste die Arbeit von Radford et al. (2018) sowie das Fachbuch von Claros-Salinas (2023). Die Studie von Radford et al. (2018) erfasst die Machbarkeit eines Programms zur Frühintervention bei traumatischen Hirnschädigungen. Obwohl der Fokus auf traumatischen Hirnschädigungen liegt, stützte sich die Projektleiterin auf die Erkenntnisse, da diese gut untersucht und erfolgversprechend sind. Aus Sicht der Projektleiterin ist der Übertrag von traumatischen Hirnschädigungen auf global alle erworbenen Hirnschädigungen gegeben, da ähnliche Probleme oder Einschränkungen im beruflichen Kontext auftauchen. Die Inklusion des Fachbuchs von Claros-Salinas (2023) war effektiv. Die Literatur beleuchtet verschiedene Aspekte, die bei der beruflichen Integration zum Tragen kommen und sinnvoll im ergotherapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen sind.

Die Checkliste wurde im Microsoft-Programm Word erstellt und Steuerelementen (Kontrollkästchen sowie Dropdownlisten) ergänzt. Die Anwendung ist selbsterklärend und einfach in der Handhabung.

3.3.2 Inhalt der Checkliste

Als erster Teilbereich wird die Erfassung definiert (Radford et al., 2018). Der Arbeitsstatus, die Berufswünsche/-bedürfnisse werden erfasst sowie Informationen über die Rückkehr an die Arbeit mündlich mitgeteilt. Weitere Informationen werden eingeholt. Dazu zählen: Wer ist der Arbeitgebende? Sind bereits Vertretende von Sozialversicherungen (Invalidenversicherung, Taggeldversicherung etc.) involviert? Wünscht die Person mit einer erworbenen Hirnschädigung eine Unterstützung durch die Ergotherapie bei der beruflichen Wiedereingliederung?

Sofern die Person mit einer erworbenen Hirnschädigung keine Begleitung durch die Ergotherapie wünscht, wird von einer weiteren Erfassung des arbeitsbezogenen Kontexts abgesehen.

Radford et al. (2018) beschreibt als wichtige Teilschritte, die Erfassung der Auswirkung der erworbenen Hirnschädigung auf die Person, den Arbeitsplatz und die Arbeitsfähigkeit. In der Ergotherapie der AN wird ein Jobprofil durch den Patienten oder die Patientin ausgefüllt und in der Therapie besprochen. Das Jobprofil beinhaltet die Beschreibung der Arbeit sowie spezifiziert die körperlichen, kognitiven und kommunikativen Faktoren der Arbeit.

Die Fachperson der Ergotherapie füllt im Anschluss die Work-ability Support Scale (WSS) aus. Der WSS ist ein Instrument, das den Unterstützungsbedarf in der natürlichen Arbeitsumgebung erfasst und derzeit in der AN angewendet wird (Fadyl et al., 2015; Häberli et al., 2022). Dadurch erhalten die Ergotherapeutinnen ein umfassendes Bild und Visionen hinsichtlich beruflicher Möglichkeiten der hirnverletzten Person.

Auf dieser Grundlage wird das Vorgehen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten definiert. Die Arbeitszeit (Stunden, Tage) sowie der geeignete Arbeitsbereich werden festgelegt. Gemäss Donker-Cools et al. (2018) ist ebenso das Besprechen von derzeit nicht ausführbaren Tätigkeiten am Arbeitsplatz notwendig. Beispielsweise das Bedienen von Maschinen, Schichtarbeiten oder repetitive Tätigkeiten ausführen etc. Diese Informationen werden im Dokument zum Arbeitsversuch erfasst und dem Arbeitgebenden vorab zugestellt (siehe Kapitel 3.1.2 Grundlage und Anpassung der Unterlagen). Dadurch kann der Arbeitgebende die Fähigkeiten besser abschätzen bzw. die anfallenden Aufgaben anderweitig delegieren. Die Fachperson der Ergotherapie bedenkt zusätzlich Massnahmen, die für eine positive Wiedereingliederung Beachtung finden sollten. Die Massnahmen umfassen beispielsweise eine reizarme Umgebung, das Nutzen von Hilfsmittel, ergonomische Arbeitsplatzanpassungen und anderweitige Massnahmen (Claros-Salinas, 2023; Donker-Cools et al., 2018; Radford et al., 2018).

Ein weiterer Punkt in der Checkliste ist die Kontaktaufnahme mit den Arbeitgebenden. Wie bereits erwähnt, sind die Arbeitgebenden ein bedeutender Part in der beruflichen

Wiedereingliederung und sollen zwingend in den Reintegrationsprozess einbezogen werden (Tsutsumi, 2020). Entsprechend sind notwendige Informationen in der Checkliste vermerkt: Erläutern, was ist ein Arbeitsversuch, mit welchen Tätigkeiten kann gestartet werden und in welchem zeitlichen Rahmen, Informationen über Einschränkungen und Ressourcen der Mitarbeitenden und weitere relevante Informationen hinsichtlich beruflicher Integration. Wie bereits aus der Umfrage bei den Arbeitgebenden und der Literatur abgeleitet, werden Informationen zu neurologischen Hirnschädigungen und deren Folgen im Alltag sowie Beruf gewünscht. In der Checkliste ist erfasst, dass die Ergotherapeutin die Kontaktperson beim Arbeitgebenden erfragen soll, ob Zusatzinformationen gewünscht sind. Bei Bedarf wird die Ergotherapeutin den Hyperlink zur Homepage der Patientenorganisation Fragile Suisse senden.

Rehabilitationsmassnahmen sind ebenso Teil der Checkliste, diese jedoch nicht ausführlich. In der Arbeit von Radford et al. (2018) wurden folgende Massnahmen im Frühinterventionsprogramm ausgeführt: die Entwicklung von Fähigkeiten und Wiederherstellen von arbeitsbezogenen Routinen; Aktivitäten ausführen, die die Aufmerksamkeit, Ausdauer umfassen; das Erlernen von Strategien oder die Hilfsmittelanwendung. Die Forschenden um Donker-Cools et al. (2018) zeigten auf, dass die Selbsteinschätzung bedeutend ist für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Die Person mit einer erworbenen Hirnschädigung soll sich ihrer Limitationen bewusst sein und ihre Ressourcen kennen. Ebenso die Akzeptanz der Leistungseinschränkung und der bewusste Umgang damit sind förderlich für den Reintegrationsprozess (Donker-Cools et al., 2018).

Ein weiterer Teil der Checkliste ist die Evaluation des Arbeitsversuchs. Der therapeutische Arbeitsversuch, welcher mehrheitlich in etwa zwei Wochen dauert, muss evaluiert werden, um das weitere Procedere definieren zu können. In der Checkliste ist bei der Evaluation, erfasst, dass Kontakt mit dem Arbeitgebenden aufgenommen werden soll, um den Verlauf und das weitere Vorgehen zu besprechen (Claros-Salinas, 2023). Wichtige Hinweise zur Arbeitsleistung können dadurch durch die Fachperson der Ergotherapie aufgenommen werden. Weiter hat der Arbeitgebende die Möglichkeit Klärungsfragen zu stellen oder Unterstützungsbedarf zu äussern. Dadurch können Probleme oder Schwierigkeiten frühzeitig erkannt werden und schlussfolgernd (therapeutische) Massnahmen und Anpassungen abgeleitet werden.

Die kontinuierliche Begleitung wird von Claros-Salinas (2023) sowie Radford et al. (2018) empfohlen. Die Verlaufsevaluation erfolgt in der Ergotherapie der AN grösstenteils monatlich, liegt jedoch im Ermessen der Fachperson. Anschliessend an die Evaluation wird das weitere Procedere schriftlich definiert und der Person mit einer erworbenen Hirnschädigung in

Papier- oder elektronischer Form zugestellt. Das Weiterleiten des Dokuments an weitere involvierte Parteien, wie Arbeitgebende, Vertretende von Sozialversicherungen etc., obliegt in der Verantwortung der Patientin bzw. des Patienten. Dadurch erhalten die Patientinnen und Patienten einen aktiven Part in diesem Prozess. Dies steigert die Eigenverantwortung.

Ein Ausschnitt der Checkliste findet sich in Abbildung 10, wobei auf eine vollständige Darstellung zum Schutz des geistigen Eigentums verzichtet wird.

Abbildung 10: Ausschnitt aus der Checkliste berufliche Integration AN

Checkliste Berufliche Wiedereingliederung in der AN (Häberli, 2023)

Name/Vorname Pat		
Arbeitsplatz		
Vorgesetzte Person		
Involvierte Person IV		
Involvierte Person KTV		
Involvierte Person UV		
Vorbereitung Berufliche Wiedereingliederung	Erledigt	
Jobprofil ausfüllen durch Pat ^{2,3}	<input type="checkbox"/>	
Jobprofil besprechen mit Pat ^{2,3}	<input type="checkbox"/>	
WSS ausfüllen ^{2,3}	<input type="checkbox"/>	
Wird Unterstützung für den Wiedereinstieg gewünscht? ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn "NEIN" bitte ausfüllen
IV Anmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Abwarten
	<input type="checkbox"/>	Informieren über IV und Massnahmen
Case Management vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Arbeitsversuch	Erledigt	
Vorgehen AV mit Pat besprechen ²	<input type="checkbox"/>	
Vorgehen definieren mit Pat ²	<input type="checkbox"/>	
Geeigneter Arbeitsbereich: ^{1,2,3}		Gemäss Jobprofil so detailliert, wie möglich definieren:
Derzeit nicht geeigneter Arbeitsbereich: ¹		Bedienen von Maschinen (Hubstapler, Schleifmaschinen etc.) Führen von Fahrzeugen Repetitive Tätigkeiten ¹ Stehende, sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten Handeinsatz über Brust-, Schulter, Kopfhöhe Tragen von Lasten Schichtarbeit (Tag-, Früh-, Spät-, Nachtschicht) Kontakt mit Kunden Arbeiten unter Zeitdruck Umgang mit Gefahrengut ... Unter 4-Augen-Prinzip ... In Bedienung
Arbeitszeit (Stunden, Tage) ^{1,3}		Arbeitsbeginn/ Uhrzeit Präsenzzeit Pausengestaltung
Leistungsfähigkeit ^{1,3}		Reduzierter Aufgabenbereich Vermehrt Pausen Verbindungs...

Quelle: Eigene Darstellung

4 Projekteinführung

Die Implementierung der neuen Dokumente (Checkliste zur beruflichen Wiedereingliederung, Dokumente zum «Arbeitsversuch» sowie «Weiteres Procedere») erfolgte mittels PDCA-Zyklus. Dies ist ein Werkzeug des Lean Hospitals beziehungsweise der kontinuierlichen Verbesserung.

Bei «Plan» hat die Projektleiterin die Dokumente auf der Grundlage von Ist/Soll sowie der Rückmeldung der Ergotherapeutinnen erarbeitet. Im nächsten Schritt, dem «Do», werden die neuen Dokumente eingeführt und angewendet (Gächter, 2019). Nach der Vermittlung und Verarbeitung der Inhalte soll in das Üben beziehungsweise in die praktische Anwendung übergegangen werden (Gächter, 2019). Zur Unterstützung des Veränderungsprozesses, dem sogenannten Changemanagement, hat die Projektleiterin den Drei-Phasen-Ansatz von Lewin angewendet (Lewin, 1935, zitiert nach Töpfer, 2017, S. 1021).

Bereits 2022 informierte die Projektleiterin die Mitarbeitenden der Ergotherapie über die Neugestaltung der Unterlagen und Einführung einer Checkliste. Mittels Umfrage wurden die Bedürfnisse der Therapeutinnen ins Projekt einbezogen. Lewin spricht hierbei von Unfreezing; die Vorbereitung auf die Veränderung, Auftauen von Bestehendem, Veränderungsideen werden den Mitarbeitenden vorgestellt und ihre Rückmeldung eingeholt. Motivation zur Veränderung und ein Problembewusstsein soll erzeugt werden.

Die Einführung, gemäss Lewin die Phase «Moving», fand im Rahmen einer Fachteam-Sitzung Mitte April 2023 statt. Die Projektleiterin stellte den Ergotherapeutinnen die drei Dokumente vor und erklärte deren Anwendung. Klärungsfragen konnten gestellt werden. Die Projektleiterin erläuterte die Zusammenhänge aus den Ergebnissen der Befragung sowie zur Literatur und welche Schlussfolgerungen daraus für die Erstellung der Dokumente abgeleitet wurden. Der spezifische Bezug zu den Umfragen steigerte die Motivation der Mitarbeitenden und der Anwendungshintergrund wurde nachvollziehbar. Dadurch konnten Skepsis und Furcht mit Blick auf die neuen Unterlagen minimiert werden. Der Praxisbezug und das Beantworten von Fragen unterstützten den Prozess der Einführung (Gächter, 2019).

Die Projektleiterin legte den Fokus auf die «Do»-Phase nach PDCA, die die praktische Anwendung in den Mittelpunkt stellt. Bei der Einführung und den Erläuterungen zu der Checkliste betonte die Projektleiterin die Erleichterung des Ablaufs und die Vorteile einer Checkliste. Dabei soll die Checkliste eine Hilfestellung sein und die komplexen Gedankengänge im arbeitsreichen Alltag unterstützen, sodass keine wichtigen Informationen verloren gehen. Mit diesem Fokus auf die erkennbaren Vorteile der Veränderung wird gemäss Lewin die Phase «Moving» positiv beeinflusst (Töpfer, 2017). Der nächste Schritt ist die Phase des «Refreeze», das Einfrieren. Dies bedeutet, dass die neuen Unterlagen im Alltag integriert und deren Anwendung gefestigt werden. Die Projektleiterin sprach die Mitarbeitenden im

Verläufe der Monate Mai und Juni 2023 regelmässig auf die neuen Dokumente und Checkliste an und erkundigte sich, ob Fragen bestehen.

5 Projektabschluss/-ende

Aufgrund der Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen dem LUKS und der Projektleiterin zum 30. Juni 2023 wurde eine Projektleitung gesucht. In Absprache mit dem Auftraggeber wurde eine Ergotherapeutin aus dem Projektteam bestimmt, die überaus interessiert am Projekt ist und dieses voraussichtlich erfolgversprechend weiterführen wird. Am Ende des Meilenstein F im Oktober 2023 sollen die Dokumente als Standard festgelegt sein. Dieser Meilenstein beinhaltet die Outcome-Ziele:

- Nach Abschluss der Phase «Check» sind die Ergotherapeutinnen der AN mit der Dokumentation «Arbeitsversuch» zufrieden (Zufriedenheitsskala 4 von 5 Sternen). (Ende September 2023)
- Nach Ende der Phase «Check» sind die Arbeitgebenden gezielt mit patientenbezogenen Informationen versorgt. (Ende September 2023)
- Nach der Phase «Act» sind die Ergotherapeutinnen der AN fähig, anhand der Checkliste «Berufliche Integration» vorzugehen und die Arbeitgebenden adressaten- und bedarfsgerecht zu informieren. (Oktober 2023)

Ein gebührender Abschluss soll im Februar 2024 stattfinden und das Projekt beendet werden (Meilenstein G). Dergleichen werden folgende Grobziele erreicht:

- Bis Ende 2023 sind die Dokumente für die berufliche Integration entsprechend den Bedürfnissen der Ergotherapeutinnen und nutzerfreundlich gestaltet.
- Bis Januar 2024 gehen die Ergotherapeutinnen der AN einheitlich in der beruflichen Integration vor.
- Die Arbeitgebenden der Patientinnen und Patienten werden ihren Bedürfnissen entsprechend durch die Fachpersonen der Ergotherapie ab Januar 2024 informiert.

Derzeit stehen die Unterlagen in der Phase «Do» nach PDCA. Dies bedeutet, die Unterlagen werden im Alltag angewendet und Erfahrungen im Umgang gesammelt. Bewusst wurde die Phase «Do» auf mehrere Monate ausgelegt, da nicht monatlich neue Arbeitsversuche gestartet werden und daher zur Erfahrungssammlung mehr Zeit benötigt wird. Nach der Phase «Do» kommen der «Check» (voraussichtlich im Herbst 2023) und «Act» nach PDCA. Hierbei werden die Rückmeldungen der Projektmitglieder eingeholt und Änderungswünsche können eingebracht werden. Schlussendlich werden die Dokumente als aktueller Standard festgelegt (Meilenstein F).

Im Januar 2024 sollte erneut eine Umfrage zur Zufriedenheit mit den aktualisierten Unterlagen bei den Fachpersonen der Ergotherapie der AN durchgeführt werden. Eine Befragung bei den Arbeitgebenden, die zwischen April 2023 und Januar 2024 durch die Ergotherapie der AN in der beruflichen Integration begleitet wurden, ist dienlich. Dadurch kann evaluiert werden, ob die Abläufe sich verbessert und/oder sich die Bedürfnisse der Arbeitgebenden sich verändert haben.

6 Prozessevaluation

Die Evaluation wird als Selbstevaluation durchgeführt und nicht durch eine externe Person, die sogenannte Fremdevaluation. Die Vorteile der Selbstevaluation liegen darin, dass die Projektleiterin das Projekt gut kennt, dieses Vorgehen nicht zusätzliche Kosten aufwirft sowie der persönliche Lerneffekt im Vordergrund liegt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2014). Die Evaluation umfasst die durchgeführten Arbeitspakete bis Ende Juni 2023.

6.1 Strategie

Die Strategie für dieses Projekt war aus Sicht der Projektleiterin zutreffend. Mittels Befragung bei den Mitarbeitenden der Ergotherapie sowie den Arbeitgebenden konnte gezielt ermittelt werden, ob das bisherige Vorgehen zufriedenstellend war und welche Bedürfnisse bestehen. Einzig bei einer Überlegung musste vom geplanten Vorgehen abgewichen werden. Die Aussage von Gächter (2019) bewahrheitete sich sogleich, dass es kein Projekt gibt ohne Änderungen. Der Meilenstein C und die damit verbundene Erstellung eines Dokuments über Hirnverletzung und deren Folgen wurde nicht ausgeführt. Bei der Evaluation und der Recherche zeigte sich, dass der Aufwand und generierte Nutzen in keinem Verhältnis stehen. Die Projektleiterin merkte, dass das Verwenden eines Links zu einer spezifischen Seite hinsichtlich Inhalts und der verwendeten Sprachen dienlicher ist.

Weiter zeigte sich, dass die Einführung der Dokumente mittels PDCA-Zyklus sinnvoll und hilfreich war. Die Mitarbeitenden kannten den Prozess und wussten daher, dass die Dokumente nach der Phase «Do» an ihre Bedürfnisse und Wünsche angepasst werden können. Dies führte aus Sicht der Projektleiterin zu weniger Widerstand und die Ergotherapeutinnen waren motiviert, da ihre Anliegen berücksichtigt wurden und werden.

6.2 Reflexion der Steuerung

Für die Steuerung ist eine detaillierte Planung unumgänglich (Gächter, 2019). Nach jedem absolvierten Arbeitspaket, aber spätestens bei den Meilensteinen wurden die Analysen und die Risikobeurteilung von der Projektleiterin gedanklich durchgegangen und begutachtet, ob

neue Risiken bestehen. Das magische Dreieck wurde nach jedem Arbeitspaket evaluiert. Das magische Dreieck umfasst folgende Teile: die Ergebnisse/ Ziele, die Termine und die Kosten (Gächter, 2019). Dieses soll gemäss Gächter (2019) stetig beachtet werden, sodass der Überblick über das Projekt gehalten werden kann. Folgende Gedanken machte sich die Projektleiterin: Sind die Ziele und Meilensteine ausführbar und erreichbar? Können die Termine eingehalten werden und welche Auswirkungen hat es auf die Kosten? Nach dem Meilenstein B wurde festgestellt, dass die Kündigung der Projektleiterin das Projekt ins Schwanken bringen kann. Müssten noch Überstunden und Ferientage berücksichtigt werden, wird die Projektzeit drastisch gekürzt. Daher wurden die weiteren Arbeitspakete vorgezogen und die Einführung auf Mitte April festgelegt. Damit die Unterlagen frühzeitig eingeführt werden konnten, arbeitete die Projektleiterin grösstenteils in ihrer Freizeit an den Dokumenten, da während der Arbeitszeit wenig zeitlichen Ressourcen bestanden. Die Projektleiterin hat beim Erstellen des Projektplans Pufferzeit einberechnet, sodass schlussendlich bei der Anpassung nur wenige Arbeitspakete vorgezogen werden mussten. Zudem verschriftlichte die Projektleiterin ihre Erkenntnisse in der Masterarbeit, sobald ein Meilenstein abgeschlossen war.

6.2.1 Rolle als Projektleitung

Die Rolle der Projektleiterin war der Autorin bekannt, da sie bereits die Rolle als Teamleiterin innehatte. Die Rollen sind hinsichtlich Führung und Motivation von Mitarbeitenden, dem Delegieren und Organisieren von Arbeiten sowie die Kommunikation identisch. Neu erlernte die Autorin das spezifische Vorgehen im Projektmanagement. Risiken vorab erkennen, den Nutzen sowie die Strategie zu erfassen und Schlussfolgerungen abzuleiten, waren neu für die Projektleiterin. Die Projektleiterin erhielt die Erkenntnis, wie hilfreich eine exakte Projektplanung ist und die Orientierung in einem grösseren Projekt unterstützt. Es zeigte sich, dass insbesondere die Risikoanalyse zeitaufwendig war. Für das Einlesen und Verständnis dieser Analysen wendete die Projektleiterin viel Energie auf, sodass neues Wissen generiert werden konnte, das in zukünftige Projekte einfließen kann.

Den Grossteil der Arbeitspakete führte die Projektleiterin aus. Dadurch war das Controlling von Arbeitsschritten beispielsweise vom Projektteam nicht notwendig. Als Projektleiterin lag die Haupttätigkeit darin, den Auftraggeber sowie die Mitglieder des Projektteams auf dem Laufenden zu halten beziehungsweise zum richtigen Zeitpunkt zu informieren. Die Projektleiterin schenkte der Kommunikation mit dem Projektteam viel Beachtung. Die frühzeitige Information und Einbeziehung der Ergotherapeutinnen sowie direkte Kommunikation mit ihnen waren aus Sicht der Projektleiterin für eine positive Einstellung gegenüber dem Projekt «JobDoku Reform» entscheidend. In Einführungsphase und der bewussten Kommunikation

war für die Projektleiterin der Drei-Phasen-Ansatz nach Lewin unterstützend. Dadurch konnte eine affirmative Stimmung gegenüber der Neuerung erreicht werden.

6.3 Projektergebnisse und Wirkung

6.3.1 Projektergebnis- Zwischenergebnis und Zielerreichung

Die geplanten Arbeitspakete und Projektziele konnten alle erreicht werden, teilweise sogar frühzeitiger als geplant. Die Feinziele im Bereich Output wurden alle vollumfänglich ausgeführt. Die Ziele in Bezug auf den Outcome (Zufriedenheit der Ergotherapeutinnen, gezielte Information der Arbeitgebenden, Anwendung der Checkliste) sind noch ausstehend und können erst nach einigen Monaten Anwendungszeit im Herbst 2023 evaluiert werden. Die Projektleiterin ist zuversichtlich, dass die Grobziele, die im Januar 2024 überprüft werden, erreicht werden. Da der bisherige Verlauf erfolgsversprechend war, das Projektteam motiviert und die neue Projektleiterin engagiert ist.

6.3.2 Projektnutzen und Projektaufwand

Der grösste Nutzen dieses Projekt liegt bei den Ergotherapeutinnen der AN sowie den Arbeitgebenden. Die Fachpersonen der Ergotherapie erhielten gebündeltes Fachwissen sowie eine Übersicht zur beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung. Weiter konnten ihre Kompetenzen gesteigert und in ihren verschiedenen Rollen im Prozess der beruflichen Integration gestärkt werden. So äusserte eine Ergotherapeutin mit wenig Erfahrung in der beruflichen Integration nach der Einführung und Instruktion der Checkliste: *«Ich bin begeistert von der Checkliste, sie gibt mir ein Überblick über die Handlungsschritte und hilft, dass ich nichts vergesse»*.

Es zeigte sich eine deutliche Vereinfachung bei der Übergabe von Klienten und Klientinnen, die in der beruflichen Integration begleitet werden. Mithilfe der Checkliste können die wichtigsten Informationen in diesem Prozess erfasst sowie die durchgeführten Handlungsschritte markiert werden. Die Ergotherapeutin, die die berufliche Integration übernimmt, hat rasch einen Überblick über die durchgeführten Schritte. Dies erspart Zeit bei der Übergabe und die Dokumentationszeit wird reduziert, da eine ausführliche Beschreibung der Handlungsschritte nicht notwendig ist.

Der Aufwand für dieses Projekt ist stimmig gegenüber dem Nutzen. Zudem belaufen sich die Projektkosten bis und mit der Einführung der Unterlagen niedriger als budgetiert. Die aufgewendeten Ressourcen während der Arbeit fielen geringer aus, da die Projektleiterin aufgrund frühzeitiger Umsetzung der Arbeitspakete vermehrt ihre Freizeit aufwendete. Mittels gleichzeitiger Einführung der neuen Unterlagen und der Checkliste konnte die Sitzungszeit reduziert werden, woraus eine Zeitersparnis von fünf Stunden resultierte. Weiter konnten die

zeitlichen Ressourcen minimiert werden, indem kein eigenes Infoblatt über Hirnverletzungen und deren Folgen erstellt wurde. Die zwischenzeitlichen Kosten beliefen sich nach Meilenstein E auf CHF 5267.50 (anstelle CHF 6457.50) Personalkosten und Sachkosten über CHF 55 (anstelle der budgetierten CHF 90).

6.4 Schlussfolgerungen

Die Projektleiterin nimmt aus diesem Qualitätsverbesserungsprojekt neue und vertiefte Erkenntnisse im Projektmanagement mit. Insbesondere die Relevanz einer detaillierten Planung und gezielter Risikoanalyse wird die Projektleiterin in zukünftigen Projekten beachten. Auch zeigte sich, dass selbst präzise geplante Projekte flexibel sein müssen und stetig auf die aktuelle Lage und Stand angepasst werden müssen. Zudem unterstützt ein motiviertes Projektteam einen erfolgreichen Projektabschluss. Um die Motivation aufrechtzuerhalten, ist der Einbindung der Mitarbeitenden und deren Wünsche sowie Bedürfnisse massgeblich. Die Standardisierung der Unterlagen sowie die Einführung einer Checkliste sind eine gute Grundlage für die stetige Verbesserung des Vorgehens in der beruflichen Integration von Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung. Dies ganz im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung und des Lean Hospitals, das als Ziel hat, die Vorgänge stetig zu optimieren. Mit dem Projekt «JobDoku Reform» wurde der Grundstein im ergotherapeutischen Vorgehen in der beruflichen Integration der AN gelegt. Die Mitarbeitenden der Ergotherapie werden kontinuierlich evaluieren, ob Anpassungen vorgenommen werden müssen, um stetig das bestmögliche Vorgehen in der beruflichen Integration zu erreichen. Die Bedürfnisse der Arbeitgebenden sind bei der Erstellung der Checkliste erfasst und berücksichtigt worden. Es zeigte sich, dass die Arbeitgebenden, die in der Vergangenheit durch die Ergotherapie der AN begleitet wurden, mit der fachlichen Begleitung und den erhaltenen Unterlagen zufrieden waren. Die Rückmeldungen aus der Befragung zeigten, welcher Informationsbedarf besteht, sodass dieser entsprechend in die Checkliste aufgenommen und an die Fachpersonen der Ergotherapie weitergegeben wurde. Daher ist eine adressatengerechte Kommunikation der Arbeitgebenden im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung durch das Projekt «JobDoku Reform» erreicht.

In einem Nachfolgeprojekt auf das Qualitätsverbesserungsprojekt «JobDoku Reform» ist der Einbezug der Neuropsychologie des Neurozentrum möglich, da einzelne berufliche Wiedereingliederungen durch eine Neuropsychologin begleitet werden. Infolgedessen wird die Qualität der beruflichen Integration evidenzbasiert durch alle involvierten Disziplinen des Neurozentrums ausgeführt.

Folglich besteht die Möglichkeit, die Checkliste an weitere ergotherapeutische Fachpersonen im Bereich der beruflichen Integration weiterzuleiten, um die Erkenntnisse und das neue

Wissen interessierten Fachpersonen auf einem ergotherapeutischen Kongress oder über den Ergotherapieverband Schweiz (EVS) nahezubringen. Dem EVS liegt die Weiterentwicklung der einzelnen Berufszweige am Herzen, zumal die berufliche Integration im Jahr 2020 das Jahresthema des Berufsverbandes war (EVS, 2023). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Fachwissen in kleinerem Rahmen wie einem Qualitätszirkel weiterzugeben. Derzeit besteht durch die Projektleiterin kein Folgeprojekt.

Wünscht eine Leserin oder Leser dieser Masterarbeit detaillierte Informationen zur Checkliste oder spezifisches Wissen zur beruflichen Integration, freut sich die Autorin auf Anfragen.

Literaturverzeichnis

- Aleu, F. G., & Van Aken, E. M. V. (2013). *Continuous Improvement Projects in Hospitals: A Systematic Literature Review*. Proceedings of the 2013 Industrial and Systems Engineering Research Conference, Puerto Rico. http://rcnl.ukko.mx/documents/files/000/000/058/original/Paper_313_CIPs_in_Healthcare_04-25-2013.pdf?1481948673
- Angerer, A. (2012). *SpitalPlus 2012 Prozesse- und Changemanagement in Schweizer Spitälern* (A. G. M. ZHAW Management and Law, Hrsg.). https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/973/1/ZHAW_Studie_SpitalPuls_2012.pdf
- Balasooriya-Smeekens, C., Bateman, A., Mant, J., & De Simoni, A. (2020). How primary care can help survivors of transient ischaemic attack and stroke return to work: Focus groups with stakeholders from a UK community. *British Journal of General Practice*, 70(693), e294–e302. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X708149>
- Baumgartner, M., & Rudolph, R. (2018). Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit – anspruchsvoller Routinevorgang. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(5152), 1847–1850. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.17356>
- Bertagnolli, F. (2018). *Lean Management*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13124-1>
- Bin Zainal, M. N., Pei Wen, P. K., Sien, N. Y., Kee, K. M., Chieh, K. J., & Asano, M. (2020). Supporting People With Stroke to Return to Work in Singapore: Findings From a Pilot Vocational Rehabilitation Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 7406205040p1-7406205040p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.041376>
- Bohlhalter, S. (2019, Dezember 1). *Visionen Neurozentrum* [Unveröffentlichtes PowerPoint Informationsveranstaltung]. Mitarbeiterinformation, Luzern.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (4. Aufl.). Springer Medizin Verlag.

- Brakenridge, C. L., Leow, C. K. L., Kendall, M., Turner, B., Valiant, D., Quinn, R., & Johnston, V. (2021). Exploring the lived return-to-work experience of individuals with acquired brain injury: Use of vocational services and environmental, personal and injury-related influences. *Disability and Rehabilitation*, 1–11.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1903101>
- Brannigan, C., Galvin, R., Walsh, M. E., Loughnane, C., Morrissey, E.-J., Macey, C., Delargy, M., & Horgan, N. F. (2017). Barriers and facilitators associated with return to work after stroke: A qualitative meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation*, 39(3), 211–222. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1141242>
- Bundesamt für Statistik. (o. J.). *Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA)*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/nomenklaturen/noga.html>
- Burns, S. P., Schwartz, J. K., Scott, S. L., Devos, H., Kovic, M., Hong, I., & Akinwuntan, A. (2018). Interdisciplinary Approaches to Facilitate Return to Driving and Return to Work in Mild Stroke: A Position Paper. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(11), 2378–2388. <https://doi.org/doi:10.1016/j.apmr.2018.01.032>
- Buyts, T. (2015). Professional competencies in vocational rehabilitation: Results of a Delphi study. *South African Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 48–54.
<https://doi.org/10.17159/2310-3833/2015/v45n3/a9>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stockendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- CardioVasc Suisse. (2016). «*Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024*». https://www.neurovasc.ch/fileadmin/user_upload/Nationale_Strategie_Herz-_und_Gefaesskrankheiten__Hirnschlag_und_Diabetes_2017-2024.pdf

- Chang, W. H., Sohn, M. K., Lee, L., Kim, D. Y., Lee, S.-G., Shin, Y.-I., Oh, G.-J., Lee, Y.-S., Joo, M. C., Han, E. Y., Kim, J. H., & Kim, Y.-H. (2016). *Return to work after stroke: The KOSCO Study*. 48, 273–279. <https://doi.org/doi:10.2340/16501977-2053>
- Claros-Salinas, D. (2023). *Berufliche Teilhabe und Wiedereingliederung in der Neurorehabilitation* (1. Aufl.). Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Coole, C., Radford, K., Grant, M., & Terry, J. (2013). Returning to Work After Stroke: Perspectives of Employer Stakeholders, a Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(3), 406–418. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9401-1>
- Coutts, E., & Cooper, K. (2021). Interventions, barriers, and facilitators associated with return to work for adults following stroke: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 19(12), 3332. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00386>
- Culler, K. H., Wang, Y.-C., Byers, K., & Trierweiler, R. (2011). Barriers and Facilitators of Return to Work for Individuals with Strokes: Perspectives of the Stroke Survivor, Vocational Specialist, and Employer. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(4), 325–340. <https://doi.org/10.1310/tsr1804-325>
- de Goumoëns, V., Ayigah, K., Joye, D., Ryvlin, P., & Ramelet, A.-S. (2022). The Development of an Early Intervention for Supporting Families of Persons With Acquired Brain Injuries: The SAFIR[®] Intervention. *Journal of Family Nursing*, 28(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/10748407211048217>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2020). *Schlaganfall S3-Leitlinie*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-0111_S3_Schlaganfall_2021-03.pdf
- Dicenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Donker-Cools, B. H. P. M., Daams, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 30(2), 113–131. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1090014>

- Donker-Cools, B. H. P. M., Schouten, M. J. E., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2018). Return to work following acquired brain injury: The views of patients and employers. *Disability and Rehabilitation*, *40*(2), 185–191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1250118>
- Donker-Cools, B. H. P. M., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Prognostic factors of return to work after traumatic or non-traumatic acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, *38*(8), 733–741. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1061608>
- Dreyer, G., & van Niekerk, M. (2021). Vocational rehabilitation for young stroke survivors in Gauteng public healthcare: Occupational therapists' perceptions¹. *Work*, *69*(1), 91–107. <https://doi.org/10.3233/WOR-213460>
- Drummond, A., Coole, C., Nouri, F., Ablewhite, J., & Smyth, G. (2020). Using occupational therapists in vocational clinics in primary care: A feasibility study. *BMC Family Practice*, *21*(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01340-5>
- Dudenredaktion. (o. J.). Reform. In *Duden online*. <https://www.duden.de/node/119560/revision/870573>
- Duong, P. K., Egan, M. Y., Meyer, M. J., & Morrison, T. L. (2020). Intention to Return to Work after Stroke Following Rehabilitation in Ontario. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *87*(3), 221–226. <https://doi.org/10.1177/0008417420905706>
- Edwards, J. D., Kapoor, A., Linkewich, E., & Swartz, R. H. (2018). Return to work after young stroke: A systematic review. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, *13*(3), 243–256. <https://doi.org/10.1177/1747493017743059>
- Ehrenmüller, I. (2022). *Projektmanagement in der Sozialwirtschaft—Einfach wirksam*. Wallhalla Fachverlag.
- Ergotherapie Austria (Hrsg.). (2020). *Kompetenzprofil der Ergotherapie*. https://www.ergotherapie.at/sites/default/files/materials/kompetenzprofil_druck_final.pdf
- EVS (Hrsg.). (2005). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=82>

- EVS. (2023, Juni 23). *Ergotherapie—Home*. ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS.
<https://www.ergotherapie.ch/startseite/?page=154>
- Fadyl, J. K., McPherson, K. M., Schlüter, P. J., & Turner-Stokes, L. (2015). Development of a new tool to evaluate work support needs and guide vocational rehabilitation: The Work-ability Support Scale (WSS). *Disability and Rehabilitation*, 37(3), 247–258.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.914586>
- Farkas, F., & Hafner, I. (2020, Oktober 26). *Prozessoptimierung durch Checklisten*. Simon-Kucher. <https://www.simon-kucher.com/de/blog/erfolgsrezept-checkliste-effizientere-prozesse-durch-bewaehrte-methoden>
- FKG (Hrsg.). (2021). *Professionsbezogene Kompetenzen*. <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/abschlusskompetenzen/professionsspezifische-kompetenzen-2021-gesundheitsberufe.pdf>
- Gächter, H. P. (2019). *Projektmanagement konkret* (4.). hep Verlag AG.
- Gard, G., Pessah-Rasmussen, H., Brogårdh, C., Nilsson, Å., & Lindgren, I. (2019). Need for structured healthcare organization and support for return to work after stroke in Sweden: Experiences of stroke survivors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(10), 741–748. <https://doi.org/10.2340/16501977-2591>
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2014). *Evaluationskonzept*. https://quint-essenz.ch/de/files/Evaluationskonzept_11.pdf
- Goldman, L., Siddiqui, E. M., Khan, A., Jahan, S., Rehman, M. U., Mehan, S., Sharma, R., Budkin, S., Kumar, S. N., Sahu, A., Kumar, M., & Vaibhav, K. (2022). Understanding Acquired Brain Injury: A Review. *Biomedicines*, 10(9), 2167.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines10092167>
- Häberli, Nyffeler, T., & Vanbellingen, T. (2022). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz begleiten – Assessment: Work-ability Support Scale (WSS). *ergopraxis*, 15(1), 30–31.
<https://doi.org/DOI: 10.1055/a-1660-9688>

- Hartke, R. J., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation, 22*(5), 326–334.
<https://doi.org/10.1179/1074935714Z.0000000044>
- Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Hansen Falkdal, A., & Johansson, U. (2016). Return to work after stroke: Important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. *Work, 55*(4), 901–911. <https://doi.org/10.3233/WOR-162455>
- Hendricks, D. J., & Sampson, E. (2017). Accommodating individuals with traumatic brain injury: An analysis of employer-initiated cases handled by the Job Accommodation Network. *Work, 58*(1), 29–34. <https://doi.org/10.3233/WOR-172594>
- Holtmeier, L. (2020). Hier bleib ich! *ergopraxis, 3*, 40–42.
- Jarvis, H. L., Brown, S. J., Price, M., Butterworth, C., Groenevelt, R., Jackson, K., Walker, L., Rees, N., Clayton, A., & Reeves, N. D. (2019). Return to Employment After Stroke in Young Adults. *Stroke, 50*(11), 3198–3204. <https://doi.org/10.1161/STROKE-AHA.119.025614>
- Johansson, U., Hellman, T., Öst Nilsson, A., & Eriksson, G. (2021). The ReWork-Stroke rehabilitation programme described by use of the TIDieR checklist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 28*(5), 375–383.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1790654>
- Johansson, U., Nilsson, A. Ö., Falkdal, A. H., von Koch, L., Hellman, T., & Eriksson, G. (2021). The delivery of the ReWork-Stroke program: A process evaluation. *Work, 70*(2), 467–478. <https://doi.org/10.3233/WOR-213585>
- Karcz, K., Trezzini, B., Escorpizo, R., Schwegler, U., & Finger, M. (2021). Factors associated with sustaining work after an acquired brain injury: A scoping review. *Disability and Rehabilitation, 44*(21), 6510–6530. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1960439>
- Liker, J. K., & Meier, D. P. (2007). *Praxisbuch Der Toyota Weg: Für jedes Unternehmen*. FinanzBuch Verlag.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publication Inc. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842>

- Lindgren, I., Brogårdh, C., Pessah-Rasmussen, H., Jonasson, S. B., & Gard, G. (2020). Work conditions, support, and changing personal priorities are perceived important for return to work and for stay at work after stroke – a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1836522>
- LUKS Gruppe (Hrsg.). (2021). *Strategiemagazin LUKS Gruppe*. https://www.luks.ch/sites/default/files/2021-06/Magazin_LUKS_Gruppe_07.2021.pdf
- LUKS Gruppe. (2022). *Projektauftrag* [Unveröffentlichtes Word Dokument].
- Luzerner Kantonsspital. (o. J.). *Willkommen am Luzerner Kantonsspital*. Luzerner Kantonsspital. <https://www.luks.ch/>
- Luzerner Kantonsspital. (2022, September 7). *Bei Verdacht auf Schlaganfall zählt jede Sekunde – «Time is brain»*. <https://www.luks.ch/newsroom/bei-verdacht-auf-schlaganfall-zaehlt-jede-sekunde-time-brain>
- Matérne, M., Lundqvist, L.-O., & Strandberg, T. (2017). Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*, 56(1), 125–134. <https://doi.org/10.3233/WOR-162468>
- Matérne, M., Strandberg, T., & Lundqvist, L.-O. (2018). Change in quality of life in relation to returning to work after acquired brain injury: A population-based register study. *Brain Injury*, 32(13–14), 1731–1739. <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1517224>
- Matérne, M., Strandberg, T., & Lundqvist, L.-O. (2019). Risk Markers for Not Returning to Work Among Patients with Acquired Brain Injury: A Population-Based Register Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 728–739. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09833-6>
- Meier, C. (2020). Unerkanntes Potential? – Ergotherapie in der Beruflichen Integration. *Ergotherapie*, 2, 6–9.
- Ntsiea, M., Van Aswegen, H., Lord, S., & Olorunju S, S. (2015). The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: A randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(7), 663–673. <https://doi.org/10.1177/0269215514554241>

- O’Keefe, S., Standley, M., Sansonetti, D., Schneider, E. J., Kras, M., Morarty, J., & Lannin, N. A. (2020). *Designing an intervention process that embeds work-focussed interventions within inpatient rehabilitation: An intervention mapping approach*. 68, 65–77. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12705>
- Olaoye, O. A., Soeker, S. M., & Rhoda, A. (2020). The development of a return to work intervention programme for stroke survivor (SReTWIP): A Delphi survey. *BMC Neurology*, 20(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01668-6>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Asaba, E., Johansson, U., & Hellman, T. (2020). Being a co-worker or a manager of a colleague returning to work after stroke: A challenge facilitated by cooperation and flexibility. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 213–222. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1526318>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., & Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 349–356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>
- Ottiger, B., Vanbellinghen, T., Gabriel, C., Huberle, E., Koenig-Bruhin, M., Plugshaupt, T., Bohlhalter, S., & Nyffeler, T. (2015). Validation of the New Lucerne ICF Based Multi-disciplinary Observation Scale (LIMOS) for Stroke Patients. *PLOS ONE*, 10(6), e0130925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130925>
- Radford, K., Craven, K., McLellan, V., Sach, T. H., Brindle, R., Holloway, I., Hartley, S., Bowen, A., O’Connor, R., Stevens, J., Philips, J., Walker, M., Holmes, J., McKeivitt, C., Murray, J., Watkins, C., Powers, K., Shone, A., & Farrin, A. (2020). An individually randomised controlled multi-centre pragmatic trial with embedded economic and process evaluations of early vocational rehabilitation compared with usual care for stroke survivors: Study protocol for the RETurn to work After stroKE (RETAKE) trial. *Trials*, 21, 1010. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04883-1>

- Radford, K., Grant, M., Sinclair, E. J., Kettlewell, J., & Watkin, C. (2020). *Describing Return to Work after Stroke: A Feasibility Trial of 12-month Outcomes*. 52(4), jrm00048.
[https://doi.org/doi: 10.2340/16501977-2647](https://doi.org/doi:10.2340/16501977-2647)
- Radford, K., McKeivitt, C., Clarke, S., Powers, K., Phillips, J., Craven, K., Watkins, C., Farrin, A., Holmes, J., Cripps, R., McLellan, V., Sach, T., Brindle, R., Holloway, I., Hartley, S., Bowen, A., O'Connor, R. J., Stevens, J., Walker, M., ... Clarke, D. (2022). RETurn to work After stroKE (RETAKE) Trial: Protocol for a mixed-methods process evaluation using normalisation process theory. *BMJ Open*, 12(3), e053111.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053111>
- Radford, K., Sutton, C., Sach, T., Holmes, J., Watkins, C., Forshaw, D., Jones, T., Hoffman, K., O'Connor, R., Tyerman, R., Merchán-Baeza, J., Morris, R., McManus, E., Drummond, A., Walker, M., Duley, L., Shakespeare, D., Hammond, A., & Phillips, J. (2018). Early, specialist vocational rehabilitation to facilitate return to work after traumatic brain injury: The FRESH feasibility RCT. *Health Technology Assessment*, 22, 1–124. <https://doi.org/10.3310/hta22330>
- Richter, H. J. (1970). *Die Strategie schriftlicher Massenbefragung*. Verlag für Wissenschaft, Wirtschaft und Technik.
- Ris, I., Preusse-Bleuler, B., & Huber, E. (2022). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, Institut für Pflege. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage)
- Saar, K., Tolvanen, A., Poutiainen, E., & ARO, T. (2023). Returning to Work after Stroke: Associations with Cognitive Performance, Motivation, Perceived Working Ability and Barriers. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 55, 2576.
<https://doi.org/10.2340/jrm.v55.2576>
- Sauer, J. (2017). *Praxishandbuch Korrespondenz* (5.). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Schiffmann, B., Finger, M. E., Karcz, K., Staubli, S., & Trezzini, B. (2022). Factors related to sustainable employment of people with acquired brain injury or spinal cord injury: The

- employer's perspective. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 876389.
<https://doi.org/10.3389/fresc.2022.876389>
- Schwarz, B., Claros-Salinas, D., & Streibelt, M. (2018). Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 28–44. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9713-2>
- Scott, S. L., & Bondoc, S. (2018). *Return to Work After Stroke: A Survey of Occupational Therapy Practice Patterns*. 32(3), 195–215.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1491083>
- SHG-SCS-SSS. (o. J.). *Schweizerische Hirnschlag Gesellschaft*. Betroffene.
<https://www.neurovasc.ch/betroffene/?L=0>
- Theobald, A. (2017). *Praxis Online-Marktforschung*. Springer Fachmedien.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-10203-6>
- Thiele, D. (2019). *Lean Management in der Pflege: QM-Pflege 4.0*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-20301-6>
- Töpfer, A. (2017). Analyse der Wettbewerbskräfte und Benchmarking mit Excellence-Kliniken. In D. M. Albrecht & A. Töpfer (Hrsg.), *Handbuch Changemanagement im Krankenhaus: 20-Punkte Sofortprogramm für Kliniken* (S. 937–948). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-20362-6_60
- TRUECARE GmbH Project Performance. (2017, September 15). *Projektmarketing—Projektmanagement Handbuch*. Projektmanagement Handbuch. <https://www.projektmanagementhandbuch.de/handbuch/projektrealisierung/projektmarketing/>
- Tsutsumi, A. (2020). Return to Work After Stroke. In U. Büttmann & J. Siegrist (Hrsg.), *Handbook of Disability, Work and Health, Handbook Series in Occupational Health Sciences* (S. 451–463). Springer Nature Switzerland. <https://link.springer.com/reference-work/10.1007/978-3-030-24334-0>
- Turner-Stokes, L., Pick, A., Nair, A., Disler, P. B., & Wade, D. T. (2015). Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004170.pub3>

- van der Kemp, J., Kruithof, W. J., Nijboer, T. C. W., van Bennekom, C. A. M., van Heugten, C., & Visser-Meily, J. M. A. (2019). Return to work after mild-to-moderate stroke: Work satisfaction and predictive factors. *Neuropsychological Rehabilitation, 29*(4), 638–653. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1313746>
- van Dongen, C. H., Goossens, P. H., van Zee, I. E., Verpoort, K. N., Vliet Vlieland, T. P. M., & van Velzen, J. M. (2018). Short-Term and Long-Term Outcomes of a Vocational Rehabilitation Program for Patients with Acquired Brain Injury in The Netherlands. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(3), 523–530. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9738-6>
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: A systematic review. *Brain Injury, 23*(6), 473–488. <https://doi.org/10.1080/02699050902970737>
- Widmer, D. (2017). *Sozialversicherung in der Schweiz* (11.). Schulthess Juristische Medien AG.
- Wolfenden, B., & Grace, M. (2009). Returning to work after stroke: A review. *Int J Rehabil Res, 32*(2). <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328325a358>
- Wong, J., Kallish, N., Crown, D., Capraro, P., Trierweiler, R., Wafford, Q. E., Tiema-Benson, L., Hassan, S., Engel, E., Tamayo, C., & Heinemann, A. W. (2021). Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 31*(3), 474–490. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09954-3>

Anhang

I. Unterschriebener Projektauftrag

Bewilligung Auftraggebende

Das Praxisentwicklungsprojekt «JobDoku Reform» wurde mit allen Beteiligten hinreichend besprochen. Dieser Projektantrag beinhaltet die Ausgangslage, die Zielsetzungen, die geplanten groben Meilensteine, Projektaufwand, -nutzen, die -abhängigkeiten, -risiken sowie die -kommunikation in der zur Erteilung des Projektauftrags benötigten Genauigkeit.

Die Ambulante Neurorehabilitation des Luzerner Kantonsspitals ist ab dem Zeitpunkt der Entwicklung einer Projektidee involviert und ist mit dem Vorhaben einverstanden.

Einverständnis zur Aufhebung der Anonymität

Hiermit erteile ich als Auftraggeber für das Projekt «JobDoku Reform» die Erlaubnis und gebe mein Einverständnis, dass Michèle Häberli im Rahmen der schriftliche Masterarbeit sowie in allen projektbezogenenen Dokumenten das Luzerner Kantonsspital sowie das Neurozentrum namentlich nennen darf.

II. Bezug auf die strategischen Handlungsfelder sowie Vision des Neurozentrums

Die Institution verfügt über verschiedene strategische Handlungsfelder und daraus abgeleitete Ziele. Auch das Neurozentrum hat daraus eine Vision abgeleitet. Das Projekt «JobDoku Reform» verfolgt die Zielvorgaben der Institution und daraus resultiert auch der Nutzen des Projekts für die Institution und das Neurozentrum. Je höher der Wert desto grösser ist der Einfluss auf das jeweilige strategische Handlungsfeld.

Strategische Handlungsfelder	Persönliche Erläuterung Bezug zu Institutions-Zielen Bezug zu Vision Neurozentrum	Bewertung	
		Max. Wert	Soll-Wert
Qualität	Stärkung der Behandlungsqualität mittels Standardisierung (Checkliste) Betreuung mit höchsten Qualitätsansprüchen	5	5
Innovation	Bedürfnisse der AG werden erfasst, Lösungen erarbeitet Engagieren uns für die Wissensvermittlung in der Öffentlichkeit	5	2
Nachhaltigkeit	Unterlagen werden in elektronischer Form erstellt, Vorgehen vereinheitlicht sinnvolle Nutzung der Ressourcen	5	3
MA- Attraktivität	Förderung der MA-Bindung/-zufriedenheit, Einbezug der MA in den Entscheidungsprozess Wissen der MA wird geschätzt und gefördert	5	5
Wirtschaftlichkeit	Ressourcennutzung optimal Effizientes Arbeiten, sinnvolle Ressourcennutzung und Wirtschaftlichkeit ist wichtig	5	2
Bewertungsskala: 0 (kein Einfluss / kein Nutzen) bis 5 (hoher Einfluss / hoher Nutzen)			

Quelle: in Anlehnung an unveröffentlichte Darstellung des Strategiebezug (LUKS Gruppe, 2022)

III. SWOT Analyse

Die SWOT Analyse hilft das Unternehmen besser zu verstehen. Schwachstellen (Schwächen) werden angegangen. Bedrohungen (Risiken) werden abgewehrt, Chancen und Stärken genutzt (Sincy 2016). Daraus können Unternehmensziele und Strategien entwickelt werden (Sincy, 2016). Es werden keine Lösungen oder Prioritäten gesetzt, jedoch werden Entscheidungen gestützt auf die Aussage von Mitarbeitenden im Fokusgruppeninterview (Sincy, 2016).

Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Guter Gesamtüberblick • Zusammenarbeit könnte gestärkt werden • Fälle weitergeben an andere Sozialversicherungspartner • Infoschreiben gute Grundlage aber zu ausführlich • Zusammenarbeit mit externen Partnern (HR, IV, UV etc.) • Wirtschaftlichkeit für uns nicht zentral 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Angebot BI darf in der ET nicht mehr angeboten werden • Fehlende Bereitschaft/Austausch von AG • Infoweitergabe an AG/Pat muss gezielt erfolgen • Schweigepflicht berücksichtigen • Vorbestehende Spannungen zwischen AG und Pat. • Arzt/HA sind mit Empfehlung nicht einverstanden • Wirtschaftliche Anforderungen ändern z. B. Abrechnen
Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumente «Procedere und Informationsschreiben» gute Grundlage • Bestehendes Arbeitsprotokoll • Bedürfnisse vertreten gegenüber AG • Bedürfnisse wahrnehmen von AG • 1. Ansprechperson für AG • Therapeutisches Fachwissen Neurologie/Folgen von Hirnverletzungen • Vertiefte Erfassung der beruflichen Tätigkeit • Umfassender Gesamtüberblick über Situation von Patienten • Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit PT/NP und externen Partnern • Involvierte Parteien werden informiert • Mehr Zeit für Begleitung als Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Tw. wenig Infos von AG zu den Fähigkeiten des Pat. • Aktuelle Unterlagen nicht modern/nicht vollständig (per Mail senden können) • Dokument «Infoschreiben/Procedere» zu lang • Begleitung ist zeitintensiv • Tw. Fehlende Zeit für BI • Fehlendes Wissen zu Epilepsie • Zuständigkeiten sind nicht klar definiert z. B. IV oder bei AG, HR etc. • IV Vorgehen nicht vollends bekannt • Nicht an den AP gehen zu können • Keine AP-Erfassung vor Ort

IV. Rolle und Kompetenzen Fachpersonen der Ergotherapie nach Can MEDS

Die Einzelnen Rollen und damit verbundenen ergotherapeutischen Kompetenzen nach dem Modell CanMEDs sind aufgeführt.

Rolle	Zugehörige Kompetenzen	
Expert	A1	Sie verstehen die grundlegenden international anerkannten Konzepte und Theorien der Ergotherapie, der Betätigungswissenschaft und der Bezugswissenschaften und wenden ihre Kompetenzen in Betätigungsdurchführung effektiv an, um die gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen
	A2	Sie führen und koordinieren den ergotherapeutischen Prozess klientenzentriert, betätigungsorientiert und in eigener Verantwortung durch.
	A3	Sie bestimmen und begründen situativ angemessene, evidenzbasierte Befunderhebungs- und Interventionsmethoden und wenden diese korrekt an.
	A4	Sie analysieren Betätigungen und Kontextfaktoren* und passen diese zielführend den Bedürfnissen der KlientInnen an.
	A5	Sie analysieren und berücksichtigen bei ihren Interventionen die sozialen, räumlichen, zeitlichen, kulturellen, institutionellen und politischen Kontextfaktoren.
	A6	Sie nutzen Ressourcen, erkennen Einschränkungen und setzen Hilfsmittel ein, damit die KlientInnen ihre angestrebte Betätigung durchführen können.
	A7	Sie kennen die in der Ergotherapie und den Betätigungswissenschaften relevanten Forschungsmethoden und integrieren diese angemessen in ihre Behandlung.
Communicator	B1	Sie kommunizieren mit den KlientInnen der Situation und den vorhandenen Ressourcen angepasst und unterstützen ein geteiltes Verständnis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.
	B2	Sie befähigen die KlientInnen durch ihren Kommunikationsstil und den Einsatz unterstützender Massnahmen darin, an der Entscheidungsfindung teilzuhaben und stärken sie oder ihn damit in seiner Autonomie.
	B3	Sie zeigen sich sensibel im Umgang mit anderen, respektieren sie und befähigen ihre KlientInnen, für die eigenen Anliegen einzutreten.
Teamworker	C1	Sie arbeiten respektvoll, lösungsorientiert und gleichberechtigt mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Ziel einer optimalen Versorgung der Individuen oder Patientengruppen zusammen.
	C2	Sie bringen als Mitglieder eines professionellen und interprofessionellen Teams die ergotherapeutische Sichtweise ein, indem sie aufzeigen, wie die Handlungsfähigkeit* die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Partizipation des Menschen beeinflusst.
Leader	D1	Sie organisieren ihre eigenen professionsspezifischen Tätigkeiten und zur Verfügung stehende Ressourcen nachhaltig und übernehmen gegenüber ihren KlientInnen und sich selbst Verantwortung durch eine effiziente ergotherapeutische Dienstleistung.
	D2	Sie engagieren sich im Rahmen des Qualitätsmanagements aktiv für die Effektivität ihrer Organisation und des Gesundheitssystems.
	D3	Sie handeln nach gültigen Qualitätsstandards und überprüfen diese regelmässig
Health Advocate	E1	Sie unterstützen die KlientInnen dabei, relevante Informationen zu finden und zu verstehen, und vermitteln ihnen Zugang und Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem.
	E2	Sie setzen sich für eine inklusive und barrierefreie Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen ein.
Scholar	F1	Sie unterstützen den eigenen Lernprozess sowie den von KollegInnen, indem sie passende Lernbedingungen schaffen.
	F2	Sie geben ihr spezifisches ergotherapeutisches Wissen an Klientinnen, Klienten, ihr Team und andere relevante Personen weiter.
Professional	G1	Sie engagieren sich berufspolitisch für eine adäquate Positionierung und Repräsentation der Ergotherapie im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit.
	G2	Sie setzen ihre persönlichen Eigenschaften und Stärken zielführend zur Förderung der Weiterentwicklung der Profession Ergotherapie ein.
	G3	berücksichtigen bei der Berufsausübung den Berufscodex des Ergotherapeutenverbands Schweiz (EVS) und den Ethik-Codex der World Federation of Occupational Therapists (WFOT).

Quelle: in Anlehnung an FKG (2021))

V. Projektplan mit Meilensteinen

Der Projektplan beinhaltet die einzelnen Arbeitspaketen und Meilensteine des Projekts «JobDoku Reform»

				2022												2023												2024						
Detailplanung	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung	Meilenstein	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Dez	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Ok	Nov	Dez	Jan					
	0		0	Gespräch mit VG/ zukünftiger Auftraggeber Projektskizze erstellen Abgabe Projektskizze Rückmeldung von Dozentin zur Projektskizze																														
	1	Projektantrag	1.1	Erfassung Ist-Zustand Fokusgruppeninterview planen Fokusgruppeninterview durchführen Fokusgruppeninterview transkribieren/auswerten																														
1.2			Projektanalysen durchführen SWOT-Analyse, Multiprojektlandschaft, allgemeine Risikoanalyse, Stakeholder etc.																															
1.3			Projektplan	Arbeitspakete, Meilensteine erfassen																														
1.4			LNV verfassen	Gemäss Vorgaben																														
1.5			Projektantrag abgeben														25.11.	15.12.																
	2	Projektauftrag	2.1	Genehmigung durch ZHAW												31.12.																		
2.2			Genehmigung durch Auftraggeber Unterzeichnung der Unterlagen																															
Ausführung	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung	Meilenstein																														
	3	Projektvorbereitung	3.1	Kommunikation Projektstart Kick-off Meeting AN Team informieren													13.01.	16.01.																
3.2			Befragung Zufriedenheit der Unterlagen bei allen MA Erstellen quantitativer/qualitativer Fragebogen für MA Zufriedenheit Fragebogenversand an MA Zufriedenheit mit Unterlagen Auswertung Fragebogen MA quantitativer Fragebogen für AG erstellen														31.01.		01.02.															
3.3			Befragung AG Kontaktadressen von AG sammeln Versand Fragebogen an AG Fragebogen Nachfrage bei AG Auswertung der Fragebogen	A																15.03.	31.03.													
3.4			Literaturrecherche	B																01.03.	31.03.													
3.5			Meilensteinbericht																			04.04.	30.04.											
3.6			Expertenmeinung																															
	4	Projektausführung	4.1	Informationsmaterial über Einschränkungen nach Schlaganfall Ergebnisse aus der Befragung und Literaturrecherche besprechen Recherche Unterlagen von diversen Institutionen (Links (Fragile etc.) Dokument erstellen PLAN (PDCA) Einführung mittels DO (PDCA)	C																30.04.	15.04.												
4.2			Gestaltung/Anpassung Dokumente Brainstorming in der Gruppe: hinsichtlich Adressaten der Dokumente Dokument "Arbeitsversuch"/"weiteres Procedere" gestalten PLAN (PDCA) Lektorierung durch jeden MA Dokumente mittels DO (PDCA) Checkliste zusammenstellen PLAN (PDCA)	D																		30.04.												
4.3			Checkliste AV Einführung mittels Schulung und via DO (PDCA)	E																			16.05.	23.05.										
Einführungsphase	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung	Meilenstein																														
	5	Projekteinführung	5.1	Dokument "Einschränkung nach Schlaganfall"																														
5.2			Dokumente "Berufliche Integration"																															
5.3			Checkliste AV																															
	6	Evaluation	6.1	Dokument "Einschränkung nach Schlaganfall"																														
6.2			Dokumente "Berufliche Integration"	F																														
	7	Masterarbeit	7.1	Schriftdokument																														
7.2			Abstract																									15.07.	2.08.					
Abschluss	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung	Meilenstein																														
	8	Fortlaufende Evaluation	8.1	Dokumente "Berufliche Integration"																														
8.2			Checkliste AV																															
	9	Projektbewertung	9.1	Befragung AG																														
9.2			SWOT Analyse																															Jan.24
9.3			Befragung Zufriedenheit der Unterlagen bei allen MA																															Jan.24
	10	Projektende	10.1	Abschlussmeeting, Feier	G																											Feb.24		
11			Masterabschluss	11	Masterarbeit Präsentationsentwurf Präsentation																							12.10.	31.10.					

VI. Kostenberechnung SOLL/IST

In der Kostenberechnung sind die budgetierten Kosten (SOLL) bei Projektantrag aufgelistet sowie die definiten Projektkosten (IST) bisher.

Kostenberechnung "JobDoku Reform"				Zeitaufwand	Personal	Zeitaufwand	interne Personalkosten (PK)	PK	Sachkosten (SK)		SK	Bemerkung	
				in h	in Person	Total in h	Stundensatz 70 CHF	Total (CHF)	IST (CHF)	Interne (CHF)	Externe (CHF)	IST (CHF)	
Detailplanung	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung										
		Projektskizze	Gespräch mit VStuzukünftiger Auftraggeber	1	2	2	80/90	170	170				
			Projektskizze erstellen	8	1	8	70	560	560				
			Abgabe Projektskizze			0	70	0	0				
			Rückmeldung von Dozentin zur Projektskizze			0	70	0	0				
		Erfassung Ist-Zustand	Fokusgruppeninterview planen	0,5	1	0,5	70	35	35				
			Fokusgruppeninterview durchführen	1	3	3	70	210	210				
			Fokusgruppeninterview transkribieren/auswerten	3	1	3	70	210	210				
	Projektantrag	Projektanalysen durchführen	SWOT-Analyse, Multiprojektlandschaft, allgemeine Risikoanalyse, Stakeholder etc.			0	70	0	0				
		Projektplan	Arbeitspakete, Meilensteine erfassen			0	70	0	0				
		Projektantrag abgeben	Gemäss Vorgaben	30	1	30	70	2100	2100				
		Genehmigung durch ZHAW				0	70	0	0				
	Projektauftrag	Genehmigung durch Auftraggeber	Unterszeichnung der Unterlagen			0	70	0	0				
				43.5	9	46.5	840	3285	3285	0	0	0	0
Ausführung	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung										
		Kick-off Meeting		0,5	5	2,5	70	175	175				Therapieraum
		AN Team informieren		0,5	10	3	70	350	350				
		Befragung Zufriedenheit der Unterlagen bei allen MA	Erstellen quantitativer/qualitativer Fragebogen für MA Zufriedenheit	3	1	3	70	210	210				
			Fragebogenversand an MA Zufriedenheit mit Unterlagen	0,5	1	0,5	70	35	35		20	10	Dankeschön für MA
			Auswertung Fragebogen MA	1	1	1	70	70	70				
			quantitativer Fragebogen für AG erstellen	0,5	1	0,5	70	35	35				
		Befragung AG	Kontaktdaten von AG sammeln	2	1	2	70	140	140				
			Versand Fragebogen an AG	0,5	1	0,5	70	35	35				
			Fragebogen Nachfrage bei AG	0,5	1	0,5	70	35	0				
			Auswertung der Fragebogen	1	1	1	70	70	70				
		Literaturrecherche	Literatursuche in verschiedenen Datenbanken	8	1	8	70	560	560		50	25	Buch
			Literaturbewertung	20	1	20	70	1400	1400				
		Sitzung	Info über Auswertung FB AG sowie MA	0,5	5	2,5	70	175	175				Therapieraum
		Expertenmeinung	Austausch über die Ergebnisse der Erhebung und Literaturrecherche	1	1	1	70	70	70		20	20	Geschenk f. Expertin
			Recherche Unterlagen von diversen Institutionen/Links (Fragile etc.)	10	1	10	70	700	70		evtl. Unterlagen CHF 50		
		Informationsmaterial über Einschränkungen nach Schlaganfall	Dokument erstellen PLAN (PDCA)	3	1	3	70	210	35				
			Einführung mittels DO (PDCA)	0,5	5	2,5	70	175	0				
		Gestaltung/Anpassung Dokumente "Berufliche Integration"	Brainstorming in der Gruppe, hinsichtlich Adressaten der Dokumente	0,25	5	1,25	70	87,5	87,5				Therapieraum
			Dokument "Arbeitsversuch"/"weiteres Prozedere" gestalten PLAN (PDCA)	4	1	4	70	280	280				
			Einführung und Lektotierung durch jeden MA Dokumente mittels DO (PDCA)	0,5	5	2,5	70	175	175				
			Checkliste zusammenstellen PLAN (PDCA)	16	1	16	70	1120	1120				
		Checkliste AV	Einführung mittels Schulung und via DO (PDCA)	1	5	5	70	350	175				
				74.75	55	92.25	1540	6457.5	5267.5	0	90	55	0
Einführungsphase	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung										
		Dokument "Einschränkung nach Schlaganfall"	Anwendung CHECK (PDCA)				70	0				100	Geschenk für Mentoren
		Dokumente "Berufliche Integration"	Anwendung CHECK (PDCA)				70	0				50	Geschenk f. MA
		Checkliste AV	Anwendung CHECK (PDCA)				70	0					Therapieraum
		Dokument "Einschränkung nach Schlaganfall"	Standarddefinition ACT (PDCA)	0,5	5	2,5	70	175	175				Therapieraum
		Dokumente "Berufliche Integration"	Standarddefinition ACT (PDCA)	1	5	5	70	350	350				Therapieraum
		Checkliste AV	Standarddefinition ACT (PDCA)	1	5	5	70	350	350				Therapieraum
		Masterarbeit	Schreibprozess									100	Geschenk für Lektorin
				2.5	15	12.5	420	875		0	250	0	
Abschluss	Hauptaufgabe	Arbeitspaket	Konkretisierung										
		Dokumente "Berufliche Integration"	Evaluation mittels PDCA										
		Checkliste AV	Evaluation mittels PDCA										
		Befragung AG	Fragebogen versenden und Auswerten	2	1	2	70	140	140				
		Befragung Zufriedenheit der Unterlagen bei allen MA	Fragebogen versenden und Auswerten	0,5	5	2,5	70	175	175				
			Fokusgruppeninterview plus Auswerten	1,5	4	6	70	420	420				
		SWOT											
	Projektende	Pauschale Kleinmaterial		4	10	10.5	210	735		50	0	0	0
			Kosten Total (CHF)					8067.5	5267.5	50	340	55	0

VII. Allgemeine Risikoanalyse

In der Risikoanalyse werden mögliche Risiken erfasst, die Eintrittswahrscheinlichkeit wird bestimmt und schlussfolgernd Massnahmen aufgeführt, um das Risiko zu minimieren (Gächter, 2019).

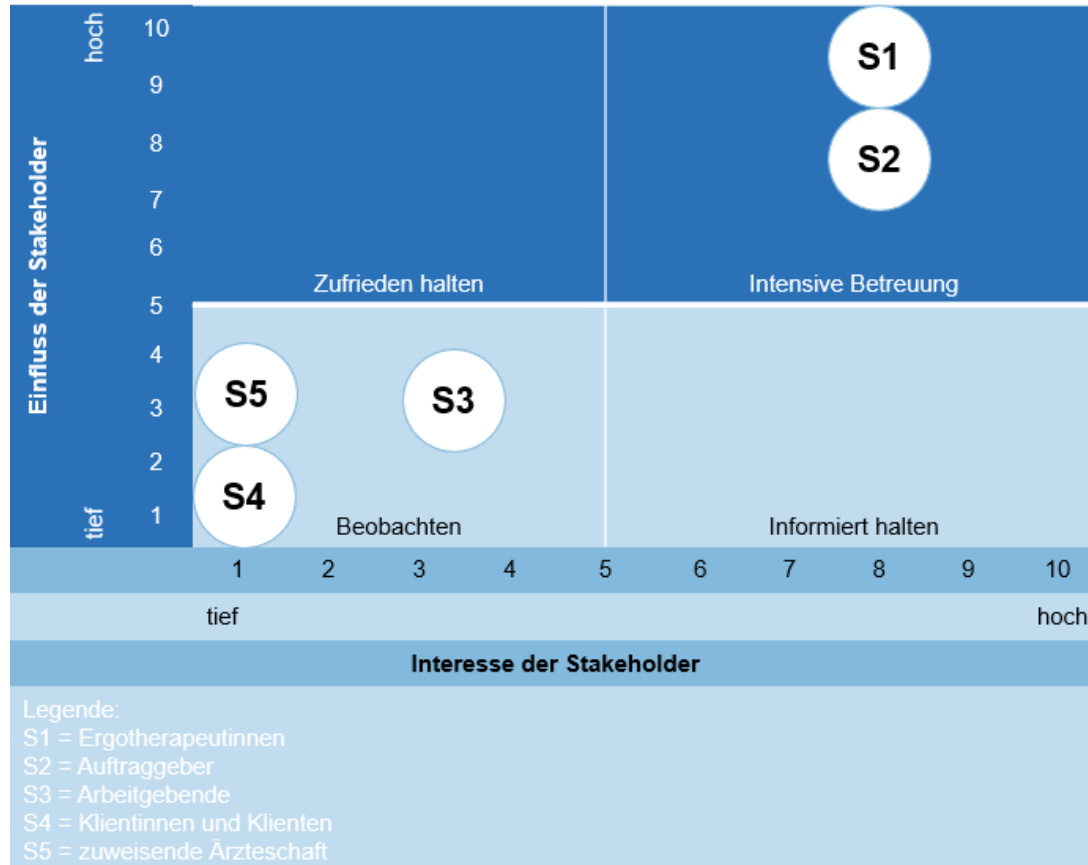
Risiko	WS	TW	RW	Massnahme
Zeitplan kann nicht eingehalten werden	8	10	80	<ul style="list-style-type: none"> Gezielt Zeit einplanen im Arbeitsplan und diese verfolgen Prioritäten setzen und delegieren Notfalls wird das Projekt ein Quartal nach hinten verschoben
Den Ergotherapeutinnen ist der Nutzen der Checkliste nicht bekannt	2	10	20	<ul style="list-style-type: none"> Ergotherapeutinnen von Beginn weg informieren über das Projekt Aktiv Einbeziehen ins Projekt Bedürfnisse der MA abholen und einbeziehen
Die Projektleitung fällt aus	5	10	4	<ul style="list-style-type: none"> Projekt wird ein Quartal nach hinten verschoben Eine neue Projektleitung wird definiert aus dem Projektteam
Strukturelle Veränderungen im Betrieb	3	5	15	<ul style="list-style-type: none"> Kann nicht beeinflusst werden, da dies durch höhere Gremien definiert wird Notfalls das Projekt übergeben an Mitglied des Projektteams
Ergotherapeutinnen sind mit den Unterlagen unzufrieden	3	10	30	<ul style="list-style-type: none"> Ergotherapeutinnen von Beginn weg informieren Wünsche abholen via Fokusgruppeninterview/Einzelgespräche/Befragung Implementierung mittels PDCA und Ergotherapeutinnen können ihre Rückmeldung geben
Personelle Veränderungen (Kündigung, Ausfall etc.)	4	10	40	<ul style="list-style-type: none"> Aktuelle Mitarbeitende einbeziehen ins Projekt und das Commitment stärken Wertschätzende Führung Notfalls wird das Projekt ein Quartal nach hinten verschoben Projekt wird abgeben an eine Ergotherapeutin aus dem Projektteam
Keine Arbeitsversuche während der Implementierungsphase	2	10	20	<ul style="list-style-type: none"> Projekt wird ein Quartal nach hinten geschoben Genügend Zeit einplanen zum Austesten der Unterlagen
Die Fragebogen durch die Ergotherapeutinnen werden nicht ausgefüllt	2	10	20	<ul style="list-style-type: none"> Wichtigkeit des Fragebogens mitteilen Nutzen der Rückmeldung den Ergotherapeutinnen aufzeigen Gespräch suchen mit den Ergotherapeutinnen und gezielt nachfragen
Arbeitgebende beantworten den Fragebogen nicht	4	3	12	<ul style="list-style-type: none"> Die Informationen werden nur aus der Literatur abgeleitet Umfragegestaltung beachten z. B. wenig Zeitaufwand beim Ausfüllen Die Wichtigkeit und den Bedarf der Informationen aufzeigen beim Anschreiben Telefonisch Kontakt aufnehmen mit einzelnen Arbeitgebenden Jemanden einbeziehen, welche die Seite der Arbeitgebenden vertreten kann Reminder versenden bei der Befragung
WS = Wahrscheinlichkeit TW = Tragweite RW = Risikowert				Berechnung WS: 1 = trifft sicher nicht ein, 10 = trifft sicher ein TW: 1 = keinen Einfluss, 10 = kann das Projekt zum Scheitern bringen RW = WS x TW

VIII. Stakeholder: Interessen, Erwartungen und Befürchtungen

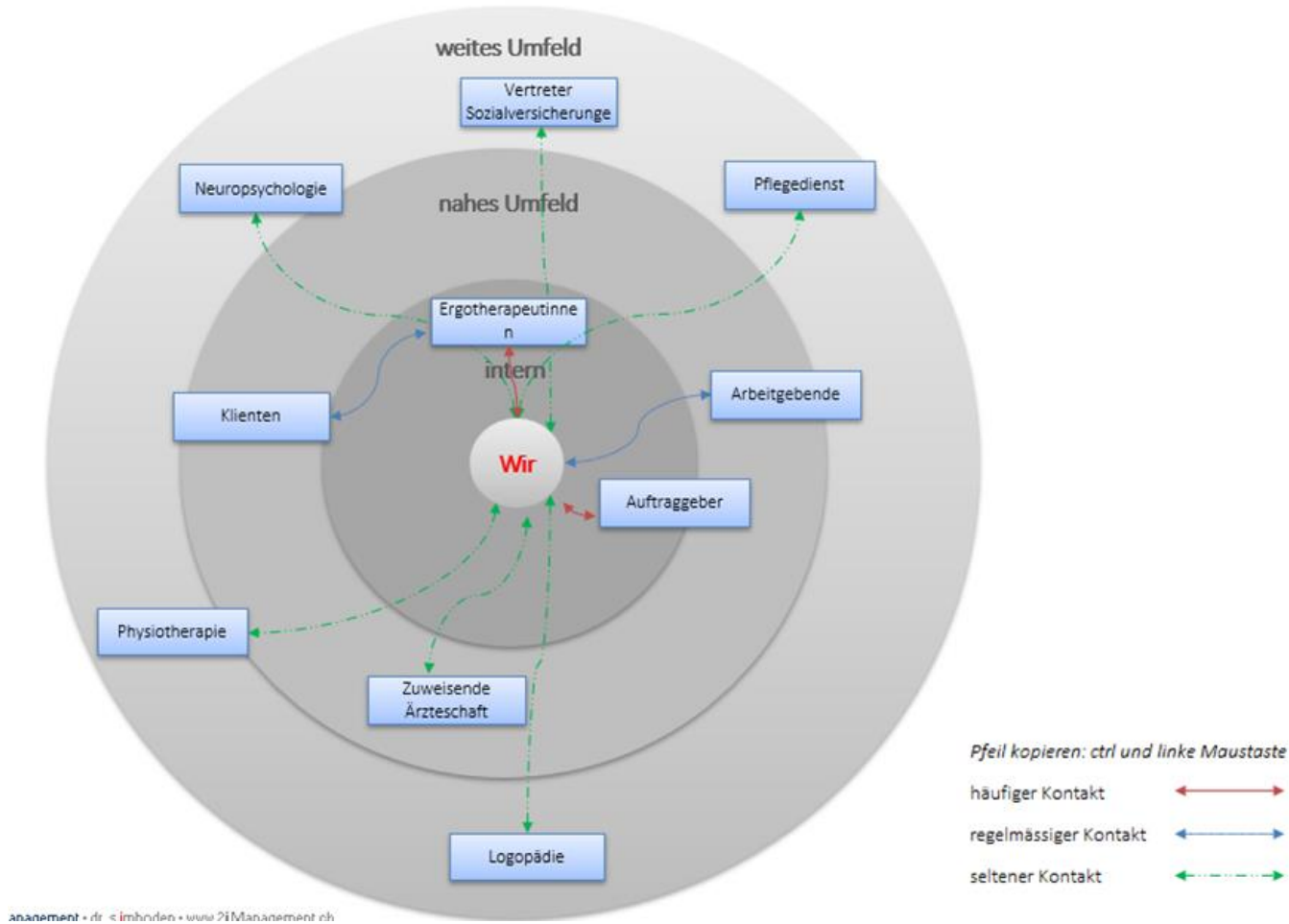
Stakeholder sind Personen, Gruppen oder Organisationen, welche vom Projekt indirekt oder direkt betroffen sind (Gächter, 2019). Die Stakeholder können einen positiven oder negativen Effekt auf das Projekt haben. Schlussfolgernd das Projekt zum Ziel führen oder den Projektabschluss verhindern oder Projektverlauf hemmen (Gächter, 2019).

Nr.	Anspruchsgruppe	Stärke der Interessen 1-10	Höhe des Einflusses 1-10	Art und Weise der Beeinflussung	Grösse der Einflussgruppe (Power/Kraft)	Chance (+) für das Projekt Gefahr (−) für das Projekt	Mögliche Gegenmassnahmen	Status
S1	Ergotherapeutinnen	8	10	<ul style="list-style-type: none"> Kein Interesse für das Projekt neue Vorgehensweise kann Druck auslösen Unzufrieden mit den erarbeiteten Infos/Dokumente Keine Anwendung der Unterlagen 	Alle Ergotherapeutinnen (4) haben einzeln einen Einfluss auf die Anwendung der Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidend für erfolgreiche Implementierung + sind motiviert für neue Unterlagen 	<ul style="list-style-type: none"> Bereits vor der Erstellung der Unterlagen Rückmeldung einholen, damit die MA-Bedürfnisse einbezogen werden Projektkommunikation standardisiert plus persönliche Info Nutzen erläutern 	
S2	Auftraggeber	8	8	<ul style="list-style-type: none"> Genehmigung von zeitlichen und finanziellen Ressourcen 	1 Person	<ul style="list-style-type: none"> - Projektabbruch aufgrund strategischer Veränderungen + Prozesse und Qualität wird verbessert 	<ul style="list-style-type: none"> Projektbewilligung schriftlich einholen Zeit in der Freizeit planen bzw. Arbeitspensum reduzieren Projektkommunikation standardisiert im bilateralen Gespräch monatlich Nutzen aufzeigen 	
S3	Arbeitgebende	3	3.5	<ul style="list-style-type: none"> Beeinflusst ein Teilprojekt (Befragung) 	10 Arbeitgebende, welche einen FB erhalten	+/- Bedürfnisse werden erfasst und einbezogen ins Projekt	<ul style="list-style-type: none"> Notwendigkeit der Rückmeldung beim Versand aufzeigen Infos werden nur aus der Literatur beigezogen Ansprechende Gestaltung der Umfrage 	
S4	Klienten	1	1	<ul style="list-style-type: none"> Keine direkte Beeinflussung 	Alle Klientinnen und Klienten, welche in der beruflichen Integration begleitet werden			
S5	Zuweisende Ärzte	1	3	<ul style="list-style-type: none"> Überweisung von Klientinnen und Klienten für die berufliche Wiedereingliederung 	Ein zuweisender Arzt/Ärztin pro Klientel	+ erhöhte Auftragslage	<ul style="list-style-type: none"> Information des zuständigen Chefarztes 	

IX. Stakeholder: Einfluss und Interesse



X. Stakeholder: Soziogramm



XI. Multiprojektlandschaft, Sensitivitätsanalyse nach Vester

Verschiedene Projekte in der Institution haben einen Einfluss auf einander und stehen in Bezug zu einander.

Wirkung auf → Von ↓	Projekt 1 JobDoku Reform	Projekt 2 Stroke 7/7	Projekt 3 Ambulantes Zentrum	Projekt 4 Datenablage	AS	Quotient Q = AS/PS x 100
Projekt 1 JobDoku Reform	X	1	2	0	3	33
Projekt 2 Stroke 7/7	1	X	0	0	1	50
Projekt 3 Ambulantes Zentrum	2	1	X	0	3	159
Projekt 4 Datenablage	0	0	0	x	0	0
PS	3	2	2	0		
Produkt P = AS x PS	9	2	6	0		

Erläuterungen

AS: Aktivsumme: hohe Aktivsumme = hoher Einflussfaktor auf das Projekt

PS: Passivsumme: hohe Passivsumme = sensibel auf Systemveränderungen

Bewertung:

- 0 = keine Einwirkung
- 1 = schwache Einwirkung
- 2 = mittlere Einwirkung
- 3 = starke Einwirkung

XII. Projektkommunikation

In verschiedenen Phasen muss die Projektleitung das Projektteam, Auftraggeber oder das Therapieteam informiert werden.

Adressat	Wer	Inhalt	Ziel	Mittel Medium	Termin
Auftraggeber	PL	Projekttablauf	Informiert über Projekt und Meilensteine	Kurzmeeting	13.01.2023
Projektteam	PL	Projekttablauf	Informiert über Projekt und Meilensteine	Kurzmeeting	13.01.2023
Therapieteam	PL	Projekt	Kenntnis über Projekt	an Teaminfo plus Protokoll	16.01.2023
Projektteam	PL	Präsent	Dankeschön und Motivation	Snack mit Logo/Namen	1.Woche März
Auftraggeber	PL	Bericht Meilensteine A und B	Info über Auswertung FB AG sowie MA	Kurzmeeting	1.Woche April
Projektteam	PL	Bericht Meilensteine A und B	Info über Auswertung FB AG sowie MA	Kurzmeeting	1.Woche April
Auftraggeber	PL	Bericht Meilensteine C und D	Info über Änderung der Dokumente	Kurzmeeting	Nach Abschluss der Meilensteine
Projektteam	PL	Rückmeldung zu Arbeitspakete C, D, E	Info zu den einzelnen Entscheiden	Mail Während der PDCA in Fach-teams	Jeweils nach Abschluss Meilensteine C, D, E
Auftraggeber	PL	Bericht Meilensteine E Projektzwischenbericht	Info über Checkliste Über Verlauf und Weiteres Procedere	Kurzmeeting	Ende Mai
Projektteam Therapieteam	PL	Projektzwischenbericht	Über Verlauf und Weiteres Procedere	Innerhalb Teaminfo	Anfang Juni
Auftraggeber	PL	Bericht Meilenstein F	Über Verlauf und Weiteres Procedere	Kurzmeeting	Mitte Oktober
Projektteam Therapieteam	PL	Bericht Meilenstein F	Über Verlauf und Weiteres Procedere	Kurzmeeting	Mitte Oktober

Quelle: in Anlehnung an unveröffentlichtes Dokument (LUKS Gruppe, 2022)

XIII. Stich-/ und Schlagwörter für die Literaturrecherche

In der folgenden Tabelle sind die Stich- und Schlagwörter für die durchgeführte Literaturrecherche ersichtlich.

Deutsches Wort	Stichwörter/ Freewords	Schlagwörter/ Keywords
Schlaganfall	Stroke Strokes Cerebrovascular insult	«Stroke»[Mesh]
Arbeitgeber	Employers Employer	
Arbeitgebersicht	employer perspective	
Arbeitsreintegration	Return to work back to work Job re-entry Vocational Rehabilitation Work Integration Work Reintegration	«Rehabilitation Vocational»[Mesh]
Hirnschädigung	Brain injury Brain damage Brain Injuries	"brain injuries"[MeSH Terms] "brain injury [MeSH Terms])
erworbene Hirnschädigung	Acquired Brain Injury ABI	
Ergotherapie	Occupational Therapy	«occupational therapy"[MeSH Terms]
Arbeitsplatz	Work place	"workplace"[MeSH Terms]
Arbeit	Work	

Quelle: eigene Darstellung

XIV. Suchprotokoll Literatur

Folgende Suchvorgänge mit Stich-/Schlagwörter sowie mit dem boolescher Operator AND wurde ausgeführt.

Suche Nr.	Datenbank	Suchstrategie	Hits	Eingeschlossen nach Titel/Abstract	Gefundene Literatur
1	Pubmed	Employer AND Stroke AND Vocational Rehabilitation 2012-2022	47	22	(Balasooriya-Smeekens et al., 2020; Bin Zainal et al., 2020; Brakenridge et al., 2021; Chang et al., 2016; Coutts & Cooper, 2021; Donker-Cools, Daams, et al., 2016; Dreyer & van Niekerk, 2021; Duong et al., 2020; Hartke & Trierweiler, 2015; Hellman et al., 2016; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Lindgren et al., 2020; Ntsiea et al., 2015; O’Keefe et al., 2020; Olaoye et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017, 2020; Radford, Craven, et al., 2020; Radford et al., 2022; Radford, Grant, et al., 2020; Turner-Stokes et al., 2015; van Dongen et al., 2018)
2	Pubmed	((occupational therapy) AND (return to work)) AND (employer)) AND (stroke) 2012-2022 English German	36	15	(Balasooriya-Smeekens et al., 2020; Bin Zainal et al., 2020; Burns et al., 2018; Dreyer & van Niekerk, 2021; Duong et al., 2020; Hellman et al., 2016; Johansson, Hellman, et al., 2021; Johansson, Nilsson, et al., 2021; O’Keefe et al., 2020; Olaoye et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017, 2020; Radford, Craven, et al., 2020; Radford et al., 2022; Scott & Bondoc, 2018)
3	Pubmed	(employer perspective) AND (stroke) AND (return to work)	17	8	(Brannigan et al., 2017; Coole et al., 2013; Culler et al., 2011; Donker-Cools et al., 2018; Hartke & Trierweiler, 2015; Hellman et al., 2016; Radford, Craven, et al., 2020; Wolfenden & Grace, 2009)
4	Pubmed	(employer perspective) AND (stroke) AND (return to work) 2012-2022	12	8	(Brannigan et al., 2017; Coole et al., 2013; Culler et al., 2011; Donker-Cools et al., 2018; Hartke & Trierweiler, 2015; Hellman et al., 2016; Radford, Craven, et al., 2020; Wolfenden & Grace, 2009)
5	Pubmed	(stroke[MeSH Major Topic]) AND (workplaces[MeSH Terms]) 2004-2023	19	2	(Lindgren et al., 2020; Schwarz et al., 2018)
6	Pubmed	((workplace) AND (vocational rehabilitation)) AND (stroke)	12	8	(Brakenridge et al., 2021; Donker-Cools, Daams, et al., 2016; Hartke & Trierweiler, 2015; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Lindgren et al., 2020; Ntsiea et al., 2015; Radford, Craven, et al., 2020; Radford, Grant, et al., 2020)
7	Pubmed	(workplace) AND (vocational rehabilitation)) AND (employer)) AND (ABI); 2007-2023	8	5	(Brakenridge et al., 2021; Donker-Cools, Daams, et al., 2016; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Karcz et al., 2021; Matérne et al., 2017)

8	Pubmed	((vocational rehabilitation[MeSH Terms]) AND (stroke[MeSH Terms]))	46	10	(Bin Zainal et al., 2020; Chang et al., 2016; Coutts & Cooper, 2021; Dreyer & van Niekerk, 2021; Hartke & Trierweiler, 2015; Ntsiea et al., 2015; Olaoye et al., 2020; Öst Nilsson et al., 2017; Radford et al., 2022; Turner-Stokes et al., 2015)
9	Pubmed	(brain injury[MeSH Terms]) AND (vocational rehabilitations[MeSH Terms])	361		
10	Pubmed	(brain injury[MeSH Terms]) AND (vocational rehabilitation[MeSH Terms]); 2012-2022	106	4	(Brakenridge et al., 2021; Hendricks & Sampson, 2017; Matérne et al., 2017; Turner-Stokes et al., 2015)
11	Pubmed	((ABI) AND (Work)) AND (employer); 2012-2022	56	9	(Brakenridge et al., 2021; Donker-Cools, Daams, et al., 2016; Donker-Cools et al., 2018; Johansson, Nilsson, et al., 2021; Karcz et al., 2021; Matérne et al., 2017; Schiffmann et al., 2022; Turner-Stokes et al., 2015; van Dongen et al., 2018)
12	OT Seeker	Return to Work AND Stroke	0	0	
13	OT Seeker	Vocational rehabilitation AND stroke	2	0	
14	Medline	(Acquired Brain Injury) AND (return to work) AND employer	14	5	(Coutts & Cooper, 2021; Donker-Cools, Daams, et al., 2016; Donker-Cools et al., 2018; Matérne et al., 2017; Wong et al., 2021)
15	Medline	Employer AND Stroke AND Vocational rehabilitation	6	5	(Balasooriya-Smeekens et al., 2020; Culler et al., 2011; Hellman et al., 2016; Radford et al., 2022; Radford, Grant, et al., 2020)
16	Cochrane	Return to work	173	0	
17	Cochrane	AND Stroke	5	0	
18	Handsuche bei Reseachgate		1	1	(Ntsiea et al., 2015)

XV. AICA Analyse: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung von Studien

Zusammenfassung der Studie: (Coole et al., 2013)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/Problemstellung Der Arbeitskontext hat einen bedeutenden Einfluss bei der beruflichen Integration (BI) von Personen nach einem Schlaganfall (CVI). Es ist jedoch wenig Wissen vorhanden über die Erfahrung von Arbeitgebenden (AG) bei der Unterstützung von Mitarbeitenden nach einem Schlaganfall.</p> <p>Zweck/Ziel: Das Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Arbeitgebenden bei der Unterstützung der BI von Arbeitnehmenden nach einem CVI zu erforschen, Schlüsselmerkmale für eine erfolgreicher Rückkehr zu identifizieren und die Meinung der Stakeholder zu erfragen hinsichtlich eines therapiebegleitenden Dienstes bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz.</p>	<p>Ansatz/Design: Qualitative Studie, Datensammlung mittels Halbstrukturiertem Interview</p> <p>Stichprobe: 18 Teilnehmende wurden rekrutiert (8 Arbeitgebende, 3 HR Fachpersonen, 7 Arbeitsmedizinische Berater) -14 Teilnehmende haben einen Angestellten begleitet bei der Beruflichen Integration nach einem CVI (12 davon in den letzten 2 Jahren) 2 Teilnehmende hatten einen CVI und arbeiteten in einer Führungsposition. Einer davon kehrte zurück an den Arbeitsplatz.</p> <p>Datenerhebung: 16 Interviews wurden durch einen Forscher durchgeführt im Zeitraum von Nov. 2011 bis Feb. 2012. 2 Interviews wurden durch einen anderen Forschenden durchgeführt zwischen Jan. und Aug. 2011. Interviews dauerten durchschnittlich 53 Minuten (27-92Min.)</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden Thematisch ausgewertet. Zum Forschungsteam zählten 4 Ergotherapeutinnen, ein Sozialwissenschaftler und Forschungsassistent. 3 Personen vom Forschungsteam hatten Erfahrung in der Analyse von Daten. Die Transkription und Codes wurden im</p>	<p>Ergebnisse: Es wurden 6 Oberthemen mit entsprechenden Unternehmen analysiert: <i>-Die Auswirkungen des CVI auf den Arbeitgeber:</i> Die emotionale Reaktion; Die Sorgen der AG <i>-Merkmale von Arbeitnehmern, die nach einem CVI an ihren Arbeitsplatz zurückkehren:</i> Persönliche Eigenschaften; Wie AG die Auswirkungen des CVI auf den einzelnen Arbeitnehmer wahrnehmen; Motivationsfaktoren; Bewusstheit/Akzeptanz von Einschränkungen <i>-Kommunikation:</i> Um Unterstützung bitten; Einverständnis und Vertraulichkeit; Kommunikation zwischen dem Gesundheitswesen und dem Arbeitsplatz z.b. wurden die AG selten kontaktiert durch Ärzte, die Kommunikation wurde mehrheitlich durch die AG initiiert, Kommunikation zwischen AG und Arbeitsmediziner waren häufig einseitig und in schriftlicher Form <i>-Wissen und Information:</i> Das Verständnis der AG für CVI; Wie AG Wissen über den CVI erlangen, meist über die betroffenen Mitarbeitenden oder dem Internet; Bewusstsein für den Umgang mit Behinderungen; Bewusstsein für bestehende Unterstützungsdienste <i>-Erfahrungen und Wahrnehmungen anderer Interessengruppen:</i> Allgemeinmediziner/Arztpraxen; Gesundheit am Arbeitsplatz (OH); Management (Humanressourcen (HR), Vorgesetzte/Vorgesetzte)</p>	<p>Die Begleitung eines Mitarbeitenden bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz ist komplex und emotional für die Vorgesetzten. Wenig AG haben Erfahrung mit Personen nach einem CVI. Die Auswirkungen des CVI sind individuell und daher helfen häufig Vorerfahrungen nicht. Das Verständnis für die Einschränkungen und Auswirkung des CVI sind nicht gegeben und viele AG wissen nicht, wo sie sich Informationen beschaffen können. Die Personen mit einem CVI sind nicht in der Lage oder wollen nicht, ihre Bedürfnisse oder Einschränkungen kommunizieren z. B. Aufgrund einer Sprachstörung, mangelnde Krankheitseinsicht oder eine hohe Motivation wieder zurück zu kehren an den Arbeitsplatz. Daher werden Entscheidungen hinsichtlich Arbeitszeit, Anpassungen und Aufgaben falsch oder unzureichend gefällt. Nicht alle AG haben Unterstützung durch eine Personalabteilung oder diese wird nicht involviert. Die AG haben ein reduziertes Verständnis für die Schwierigkeiten der Personen nach einem CVI. Der Mangel an Kommunikation zwischen den AG und Ärzten oder nur einseitige</p>

		<p>gesamten Team besprochen und diskutiert, um die Validität und Zuverlässigkeit zu erhöhen</p> <p>Methodologische Reflexion: keine Erklärung der Autoren zur Qualitativer Methode</p> <p>Ethik: Ethische Genehmigung wurde durch die Forschungskommission in Leicester erteilt.</p>	<p><i>-Integration der Gesundheitsfürsorge bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz:</i> Inhalt und Durchführung (ET wurde als hilfreich für den MA und vom AG wahrgenommen mittels Weitergabe von Infos, Anpassung der Arbeit); Wer könnte zahlen</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Ergebnisse wurden in sechs Kapiteln und in 2-4 Untertitel mit jeweiligen Zitaten dargestellt. Die Auswahl der Kategorien ist sinnvoll.</p>	<p>Kommunikation ein Mangel an Unterstützung. Eine bessere Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen, Ärzten ist wünschenswert</p>
--	--	--	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Ja</p> <p>Ist das beschriebene Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie? Es ist relevant für die Ergotherapie in der beruflichen Integration</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja, das Ziel ist im Abstrakt und Einleitungsteil erwähnt</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja die Forscher belegen die Relevanz des Themas mit Literatur</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Das Vorgehen ist nachvollziehbar und der qualitative Ansatz passend.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/ das Design angebracht? Die Stichprobengrösse ist passend</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Die Stichprobe ist repräsentativ, die Arbeitgebenden hatten Erfahrung bei der Wiedereingliederung von Personen nach einem Schlaganfall</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Die Forschenden wollten mind. 10 Interviews durchführen und führten schlussendlich 18 durch</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Das Setting in welchem die Interviews durchgeführt wurden, wurde beschrieben sowie auch die Teilnehmenden</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?» Ja die Teilnehmenden waren geeignet, da sie Erfahrung gemacht haben in der Wiedereingliederung von Mitarbeitenden nach einem Schlaganfall.</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht um das Erleben</p>	<p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Es werden verschiedene Aspekte aufgegriffen und präsentieren daher die Reichhaltigkeit der Daten</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die einzelnen Erkenntnisse wurden mit Beispielen/“Wortlauten“ erläutert/verdeutlicht. Visuell sind die Zitate unterscheidbar vom restlichen Text.</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Kategorien sind gut ausgewählt und geben eine rasche Übersicht über die einzelnen Themen. Die Abbildung unterstützt das Verständnis für den Leser</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Die Erkenntnisse sind nachvollziehbar und werden noch mit weiterer Literatur belegt</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Verschiedene förderliche oder hinderliche Faktoren für den Arbeitgebenden wurden aufgezeigt bei der Wiedereingliederung einer Person nach Schlaganfall. Im Diskussionsteil aber auch Conclusion wird nochmals spezifisch auf die Erkenntnisse eingegangen.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Im Diskussionsteil wird noch zusätzliche Literatur hinzugezogen und die Erkenntnisse gestärkt.</p>

<p>Bei der Einleitung wird auf die Signifikanz der Thematik eingegangen</p>	<p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Ja wird beschrieben</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Es wird erwähnt, dass die Datensättigung evtl. nicht erreicht wurde, da eine Zufallsstichprobe rekrutiert wurde. Diese jedoch eine Vielfältige Rückmeldung gab</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Die Teilnahme war freiwillig</p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Das Vorgehen wurde beschrieben und einen kurzen Überblick über die Interviewthemen erläutert, jedoch nicht detailliert aufgeführt.</p> <p>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Es wird erläutert, dass sie nach der Analysemethode von Braun und Clarke (2006) vorgehen und Referenzieren dies. Weiter wird erwähnt, welche Software verwendet wird. Sie gehen darauf ein, welche Forschenden, welchen Part übernehmen.</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja. Anhand des Vorgehens sollte dies so sein.</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt? Die Analyse wurde von zwei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt. Anschliessend wurden die Codes auch noch mit den restlichen Forschenden besprochen und diskutiert.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Entscheidungen wurden von verschiedenen Forschenden besprochen.</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Ethische Genehmigung wurde erteilt durch das Leicester Research Ethics Committee.</p>	<p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja die Ergebnisse sind mit Zitaten belegt</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja die Kategorien präsentieren die Erkenntnisse nachvollziehbar</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Die Kategorien sind übersichtlich und nachvollziehbar sowie auch die Unterkategorien.</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Kategorien und Unterkategorien sind nachvollziehbar.</p>	<p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar? Ja. Es wurde erwähnt, dass insbesondere die Begleitung durch die Ergotherapie hilfreich war für den Arbeitgebende aber auch die Mitarbeitenden. Weiter ist die Kommunikation mit den Arbeitgebenden, die Informationsweitergabe und Krankheitsaufklärung wichtige Punkte für die Ergotherapie in der beruflichen Integration.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Die Erkenntnisse können in der Ergotherapie im Bereich der beruflichen Integration hilfreich sein und die Qualität der Ergotherapie in diesem Bereich verbessern.</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Diese Arbeit ist auf der untersten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)</p>
---	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness (Vertrauenswürdigkeit) nach Lincoln und Guba (1985)**Confirmability (Bestätigung):**

- Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+)
 - Forschungsgruppe diskutierten die Codes (+)
 - die Stichprobe zeigt eine angemessene Heterogenität (+)
 - die Stichprobengrösse ist für das qualitative Design passend (+)
- > gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben (+)
 - Datenanalyse wurde auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert (+)
 - Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -Analyse jedoch nicht bekannt (-)
 - Datenanalyse und -Ergebnisse wurden im ganzen Forschungsteam besprochen und definiert (+)
 - Externe Personen (E. Sinclair und Dr. K. Stainer) gaben Rückmeldung zur Interviewanalyse und Datenerhebung (+)
 - zum Forschungsteam zählten Ergotherapeutinnen, welche Erfahrung im Bereiche berufliche Integration haben (+)
 - drei Forschende hatten Erfahrung in der Analyse von Interviewdaten (+)
- > sehr gut, Dependability erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- Triangulation wurde nicht beschrieben (-)
 - „peer debriefings“ wurde durchgeführt, die Daten wurden mit verschiedenen Forschenden (auch externe) diskutiert (+)
 - Member checking wurde durchgeführt, da zur Forschungsgruppe Personen mit Erfahrung in der Wiedereingliederung hatten (+)
 - es wird beschrieben, dass die Datensättigung evtl. nicht erreicht wurde (-)
- > gut, Credibility erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- Anreicherung der Ergebnisse mit Zitaten (+)
 - Adäquate Stichprobengrösse (+)
 - Setting ist beschrieben (+)
 - Aussagen der Arbeitgebenden können nachvollzogen werden, da einzelne Zitat präsentiert wurde (+)
 - Die Datenerhebung ist schon älter (2011-2012)
 - die Forschungsmethode wird beschrieben (+)
 - auf die Limitation werden erwähnt und darauf eingegangen insbesondere auf die Übertragbarkeit (+)
- > sehr gut, Transferability erreicht

Evidenzlevel: Diese Studie befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009)

Güte: Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine mittlere bis hohe Güte

Lincoln, Y.S.; Guba, E.G. (1985). Naturalistic Inquiry. London/New Delhi: Sage.

Zusammenfassung der Studie: Schiffmann et al. (2022)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Phänomen/Problemstellung Von den Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung (ABI) oder Rückenmarksverletzung (SCI), die zunächst erfolgreich in die Erwerbstätigkeit zurückkehren, scheiden einige aus dem Erwerbsleben aus, bevor sie das gesetzliche Rentenalter erreichen. Die Arbeitgeber (AG) spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, eine nachhaltige Arbeitssituation für Arbeitnehmer mit einer Behinderung zu gewährleisten und um ein solches Ausscheiden zu verhindern. Allerdings sind die Faktoren und Mechanismen, die aus der Sicht des AG sind jedoch noch wenig bekannt</p> <p>Forschungsfrage: Welche Faktoren fördern oder behindern aus Sicht der AG die nachhaltige Beschäftigung von Menschen mit ABI oder SCI behindern?</p> <p>Zweck/Ziel: Faktoren aus Sicht der AG zu ermitteln, welche einen positiven oder negativen Effekt haben auf die Arbeit. Außerdem ermöglicht die Einbeziehung von zwei Behindertengruppen die</p>	<p>Ansatz/Design: Qualitative Studie</p> <p>Stichprobe: 20 Arbeitgebende aus unterschiedlichen Bereichen und mit Erfahrung von Mitarbeitenden (MA) mit einer ABI oder SCI -10 AG von MA mit einer ABI -10 AG von MA mit SCI - 9-11 MA waren bereits vor der Einschränkung bei diesem Arbeitgeber</p> <p>Datenerhebung: Halbstrukturierte Interviews</p> <p>Datenanalyse: Durch den ersten und zweiten Autor wurden die einzelnen transkribierten Interviews codiert. Nach fünf kodierten Interviews verfeinerten und präzisieren der erste und der letzte Autor gemeinsam das Kodierschema. Dieser Schritt wurde wiederholt, nachdem alle Interviews kodiert worden waren. Analyse anhand MaxQDA</p> <p>Ethik: Genehmigt durch die Ethikkommission der Nordwest und Zentralschweiz</p>	<p>Ergebnisse: <i>Persönliche Eigenschaften:</i> Ein AG ist eher bereit sich einzusetzen bei folgender Merkmale: Jüngerem Alter, spürbare Motivation und attraktive berufliche Qualifikationen und Erfahrungen des MA. Wenn der MA mit den Anforderungen am AP überfordert oder unzufrieden ist, einen Verantwortungsverlust hinzunehmen und dadurch das Betriebsklima negativ beeinflusst, sei dies schwierig und ermüdend. Auch wenn der MA seine Fähigkeiten überschätzt, ist die verunsichernd. Die AG erwarten von ihren behinderten Mitarbeitenden eine gute Selbsteinschätzung und darauf aufbauend ein gutes Selbstmanagement im Umgang mit der Behinderung. Die Person muss in der Lage sein, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren und generell alle arbeitsbezogenen Anforderungen mit einem Minimum an Unterstützung zu bewältigen. An den AG und MA fehlt es an Wissen, ins besonders bei ABI. Viele Einschränkungen sind nicht direkt ersichtlich. Der MA soll lernen, die Auswirkungen ihrer Behinderung auf ihre Arbeit zu reflektieren, Strategien zu entwickeln und ihre eigenen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Grenzen zu erkennen. Die MA sollen Experten sein über ihre Einschränkungen. Diese Infos helfen den AG den MA zu verstehen und geeignete Schritte abzuleiten. Teilweise können sich MA mit ABI nicht genügend Reflektieren, dies führt zu problematischen Situationen. Gemäss den AG können Fachleute wie Job Coaches hier eine vermittelnde Rolle spielen und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Bleibt die Leistung des Betroffenen jedoch auf Dauer hinter den Erwartungen des AG zurück, hilft auch eine gute Unterstützung nicht weiter.</p> <p><i>Arbeitsleistung der Mitarbeiter:</i> Die AG weisen darauf hin, dass ein zentraler Faktor die Arbeitsverrichtung und Mehrwert für Unternehmen sein muss. Die Liste von Einschränkungen bei ABI ist grösser als bei SCI. Leistungsschwankungen aufgrund Konzentrationsproblemen erweisen sich als Herausforderungen. Eine weitere Herausforderung war für die AG, dass sie ihre MA nicht überfordern wollen und unsicher waren hinsichtlich Zeitdrucks. Schwierig war die unterschiedliche Leistungserwartung. AG äusseren, dass sie dazu neigten optimistische Erwartungen zu haben. Die AG wünschten eine Mediation durch Fachpersonen, welche einen Realitätscheck durchführen würden.</p>	<p>Diskrepanzen zwischen MA und AG in Bezug auf die Leistungserwartungen und -beurteilung sowie längere Abwesenheiten von der Arbeit sind dementsprechend zentrale Risikofaktoren für einen Ausscheiden aus der Arbeitswelt. Verfügt der MA über ein gutes Selbstmanagement und gute Kommunikationsfähigkeiten, unterstützt dies den AG. Der AG kann die Auswirkungen der Beeinträchtigung besser einschätzen, da ihm vor allem zu Beginn das Wissen über die Auswirkungen fehlt. Wenn es der Person mit einer Behinderung an Kommunikationsfähigkeiten mangelt, hilft Unterstützung, z. B. durch Job-Coaching, zwischen AG und dem MA zu vermitteln. Die Unterstützung durch Fachleute während des beruflichen Eingliederungsprozesses war besonders wichtig für AG, die noch keine Erfahrung mit behinderten Arbeitnehmern hatten. Die AG in dieser Studie sehen sich in der Verantwortung, den Betroffenen ein optimales Arbeitsumfeld zu bieten. Dazu gehören z.B. geeignete Arbeitsaufgaben und Weiterentwicklungsmöglichkeiten, ein offenes und sensibles Arbeitsteam und eine flexible Arbeitsorganisation. Unterschied bei SCI und ABI. ABI deutlich schwierigerer Prozess, da Einschränkungen nicht deutlich ersichtlich sind und schwieriger nachzuvollziehen sind. Bei diesen Fällen ist die Begleitung von Fachpersonen überaus relevant.</p>

<p>Gemeinsamkeiten und behinderungsspezifische Unterschiede zu ermitteln. Gemeinsamkeiten beziehen sich auf Aspekte, die sich auf andere Arten von Behinderungen. Unterschiede beziehen sich auf Eigenheiten der Behindertengruppe und ihres Umfelds, die es zu berücksichtigen gilt.</p>		<p>Insgesamt betrachten die AG den Abgleich zwischen Fähigkeiten der MA und die Anforderungen des Arbeitsplatzes als Grundlage für eine erfolgreiche, nachhaltige Arbeitsleistung.</p> <p><i>Arbeitsumfeld:</i> Arbeitsaufgabe müssen an die Fähigkeiten des MA angepasst werden. Aus Sicht der AG ist es wichtig die Arbeitsaufgaben regelmässig anzupassen, damit der MA wachsen kann und das Interesse an der Arbeit aufrecht gehalten werden kann.</p> <p><i>Arbeitsorganisation:</i> Aus Sicht des AG sind folgende Aspekte von zentraler Bedeutung, um der Person einen langfristigen Verbleib am Arbeitsplatz zu ermöglichen: ein angemessenes Arbeitspensum, eine geeignete Infrastruktur sowie ein hohes Maß an Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeit oder der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Person. Diese Aspekte werden in der Regel im Rahmen der beruflichen Eingliederung mit der Unterstützung von Fachleuten festgelegt. Die Organisation/ Planung der Arbeit wird von den AG oft als Herausforderung empfunden und ist mit viel Aufwand verbunden.</p> <p><i>Arbeitskollegen:</i> Wissen und das Bewusstsein für die AG und Arbeitskollegen über die Einschränkungen des MA sind bedeutend. Unerfahrene AG schätzen die Unterstützung von Integrationsfachpersonen. Zu Beginn helfen AG und Arbeitskollegen gerne und es wird nicht als Belastung angesehen. Sofern die Leistungserwartung nicht erreicht wird, lässt die Hilfsbereitschaft nach.</p> <p><i>Unternehmenskultur:</i> Unternehmen staatlicher Betriebe sehen eine höhere Verantwortung bei der Integration von beeinträchtigten Personen. Und grössere Unternehmen haben mehr Ressourcen für die Unterstützung und Integration z. B. HR, Gesundheitsmanagement etc. Familiäre Firmen oder eine gute finanzielle Lage sind weitere positive Voraussetzungen.</p> <p><i>Umfeld:</i> Bei Rückkehr an den Arbeitsplatz schätzen die AG die Unterstützung durch medizinischen und berufliches Fachpersonal. Regelmässigen Austausch mit allen Beteiligten. Eine Fachkraft hilft bei Problemen, Meinungsverschiedenheiten, Selbstreflexion des MA und bei Versicherungsfragen. Haben die AG keine Unterstützung ist die Situation überfordernd. Auch negativ bewertet wurde, wenn keine kompetente Unterstützung und das Vorgehen unstrukturiert war. SUVA wird als förderlicher empfunden als die IV. Die Familiäre Situation kann sich negativ oder positiv auf die Arbeitsleistung der MA auswirken.</p>	<p>Positive Erfahrungen bei der RTW von MA mit Beeinträchtigung sind förderlich für weitere Anstellungen/RTW.</p>
---	--	---	---

		<p><i>Gegenseitiger Nutzen:</i> Für die AG ergibt sich langfristig eine Win-Win-Situation, wenn sie Arbeitsleistung erhalten und die Person mit einer Behinderung einer Beschäftigung nachgeht.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Ergebnisse werden mit Oberbegriffen und anschliessend vielen Zitaten präzisiert.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Ja eine wichtige Frage für die Berufliche Integration wird beantwortet.</p> <p>Ist das beschriebene Phänomen klar und relevant für die Ergotherapie? Das Phänomen ist nachvollziehbar erläutert und klar definiert.</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Es ist die Perspektive der AG gefragt und daher ist das qualitative Design logisch.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Die Stichprobe ist passend.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Sicher repräsentativ, jedoch sind alle AG positiv gestimmt hinsichtlich Eingliederung/Anstellung von Personen mit einer Beeinträchtigung. Weiter wurde darauf geachtet, dass AG aus verschiedenen Branchen und Firmengrössen.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Ist begründet und mit Literatur belegt.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Die Teilnehmenden sind detailliert und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als «Informanten geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen»? Die Informanten sind überaus geeignet, da sie Erfahrung in der Wiedereingliederung von Personen mit einer Einschränkung haben.</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Die Teilnehmenden haben alle das Phänomen erlebt.</p> <p>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht um das Erleben</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Die Interviews, die alle von der ersten Autorin geführt wurden, wurden aufgezeichnet und</p>	<p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Die Ergebnisse reflektieren die reichhaltigen Daten.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die Ergebnisse sind nachvollziehbar.</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Kategorien präsentieren die Daten.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Die Ergebnisse werden mit Zitaten bestärkt.</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Die Kategorien präsentieren die Faktoren, welche aus Sicht der Arbeitgebenden die Berufsausübung beeinflussen.</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Die Schlussfolgerungen geben ein besseres Verständnis über förderliche und hinderliche Faktoren aus Sicht der Arbeitgebenden.</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Forschungsfrage beantwortet die Frage nachvollziehbar.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Weitere Literatur wird in die Schlussfolgerungen einbezogen.</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar? Für die Ergotherapie im Bereich der beruflichen Integration sind die Ergebnisse hilfreich, um die Therapie sowie und den Prozess gezielt zu gestalten.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Der Kontext</p>

	<p>wortwörtlich transkribiert. Während des Interviews machte der Interviewer außerdem Notizen in einem Raster, das die folgenden Themen umfasste: Mitarbeitermerkmale, Arbeitsleistung der Mitarbeiter, Arbeitsumfeld und Umfeld</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Es wird beschrieben, dass in den letzten Interviews keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich fördernden Faktoren erhoben werden konnte. Jedoch wird darauf hingewiesen, dass eventuell die Datensättigung bezüglich Barrieren nicht erreicht wurde. Sie hatten Schwierigkeiten noch weitere Arbeitgebende zu finden und einzuschliessen.</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Die Teilnehmenden konnten frei über die Teilnahme entscheiden.</p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Detailliert beschrieben</p> <p>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? MaxQDA</p> <p>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Das Vorgehen in der Datenanalyse wird beschrieben.</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja die Datenanalyse ist glaubwürdig.</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Nachhaltige Beschäftigung ist ein zentrales Thema der ersten und zweiten Autorin. Die weiteren Autoren haben sich vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Die Entscheidungen wurden reflektiert und in einem Code Buch festgehalten.</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt, daher wird davon ausgegangen, dass die Ethischen Prinzipien eingehalten wurden.</p>	<p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Die Kategorien sind inhaltlich unterschiedlich.</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Kategorien geben einen guten Überblick über die beeinflussenden Faktoren.</p>	<p>und Anwendungsbereich wird beschrieben.</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Diese Arbeit ist auf dem untersten Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)</p>
--	--	---	--

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness (Vertrauenswürdigkeit) nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+)
 - Die Datenhebung und -analyse wird nachvollziehbar beschrieben (+)
 - er wird erläutert, weshalb dieses Design gewählt wurde (+)
 - die Stichprobengrösse ist passend (+)
 - Die Studie wurden durch die Ethikkommission genehmigt (+)
 - Selbstreflektion/Memos wurde gemacht durch die Forschenden (+)
- > sehr gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- Die Datenerhebung wurde detailliert beschrieben (+)
 - Datenanalyse und -Ergebnisse wurden im ganzen Forschungsteam diskutiert/besprochen (+)
 - die Teilnehmenden erlebten das zu erforschende Phänom (+)
 - die Ergebnisse wurden einer Person aus der Praxis vorgelegt (+)
 - es entsteht ein Bias, da alle Teilnehmenden positiv eingestellt sind hinsichtlich Einstellung/Beschäftigung von Personen mit einer Einschränkung (-)
- > fraglich, ob die Dependability erreicht ist

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- Triangulation wurde durchgeführt (+)
 - die Relevanz und das Phänomen wird beschrieben (+)
 - es ist nachvollziehbar, welches Zitat von welcher Person getätigt wurde. Der Datenschutz ist gewährleistet mittels Anonymisierung (+)
 - Der Forscher, welcher das Interview durchführte, reflektierte während und nach den Interviews und schrieb Beobachtungen auf (+)
 - Den Forschenden ist bewusst, dass die positive Einstellung hinsichtlich Beschäftigung von Personen mit einer Einschränkung, die Ergebnisse beeinflussen können (+)
 - „peer debriefings“ wurde durchgeführt, die Codes wurden mit verschiedenen Forschenden diskutiert sowie einer Person, welche in diesem Bereich tätig ist (+)
 - Member checking hat nicht stattgefunden (-)
 - das Material wurde kontinuierlich bearbeitet und die Codes ergänzt nach jedem Interview (+)
 - die Datensättigung wurde tw. Erreicht. Die Autoren beschreiben, dass die Ergebnisse hinsichtlich fördernder Faktoren gesättigt sind, jedoch evtl. die Barrieren nicht gesättigt sein könnten (-/+)
- > sehr gut, Credibility ist erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- Anreicherung der Ergebnisse mit Zitaten (+)
 - die Ergebnisse sind nachvollziehbar, wodurch Schlussfolgerungen für die Praxis getätigt werden können
 - die Limitation der Studie wurden aufgeführt (+)
 - Adäquate Stichprobengrösse (+)
 - Setting ist beschrieben (+)
 - das Vorgehen wird nachvollziehbar beschrieben (+)
 - die Interviewfragen werden grob aufgeführt (-/+)
 - die Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen sind nachvollziehbar (+)
- > sehr gut, Transferability erreicht

Evidenzlevel: Diese Studie befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009)

Güte: Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine hohe Güte

Lincoln, Y.S.; Guba, E.G. (1985). Naturalistic Inquiry. London/New Delhi: Sage.

XVI. Fragebogen für die Umfrage bei den Arbeitgebenden

Befragung zu den Abläufen/Dokumenten der beruflichen Integration der Ergotherapie

Im Rahmen meiner Masterarbeit führe ich ein Qualitätsverbesserungsprojekt durch, welches das Ziel hat, die Abläufe in der beruflichen Wiedereingliederung zu optimieren. Hierfür erhebe ich die Bedürfnisse des Prozesses der Wiedereingliederung der Arbeitgebenden, um schlussendlich unsere Kommunikation und Abläufe anzupassen. Diese Arbeit wird unter Supervision von Prof. Dr. phil. Tim Vanbellingen sowie der Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW) durchgeführt.

Die Befragung umfasst neun Fragen und dauert maximal 10 Minuten. Die Beantwortung ist freiwillig und anonym.

Setzen Sie bitte ein Kreuz bei der Antwort, die am ehesten zutrifft. Bei der Frage 9 dürfen Sie Ergänzungen oder weitere Anliegen vermerken.

Ich bin Ihnen überaus dankbar für das Ausfüllen dieses Fragebogens bis zum 10.03.2023, damit wir unsere Prozesse optimieren und an Ihre Bedürfnisse anpassen können.

Bei Fragen dürfen Sie sich gerne bei mir melden unter michele.haerberli@luks.ch oder 041 205 2976.

...

1. Ich habe Erfahrung bei der beruflichen Integration von Personen nach einer Hirnschädigung?

Ja

Nein

Sonstiges

2. Wie viele Personen mit einer Hirnschädigung haben Sie bisher in der beruflichen Wiedereingliederung begleitet?

1 Person

2 Personen

3-5 Personen

über 6 Personen

Sonstiges

3. Ich empfand die Begleitung durch eine Fachperson der Ergotherapie im Prozess der Wiedereingliederung als hilfreich?

Trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ Trifft zu

4. Ich habe genügend Informationen zum Arbeitsversuch und Wiedereingliederung erhalten von der Fachperson der Ergotherapie.

Trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ Trifft zu

5. Die erhaltenen Unterlagen (Definition der Arbeitszeit, des Pensums sowie Arbeitsbereich) waren hilfreich.

Trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ Trifft zu

6. Sind Informationen zu Einschränkungen des Mitarbeitenden vor seiner Rückkehr an den Arbeitsplatz hilfreich?

Trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ Trifft zu

7. Ein Factsheet mit möglichen Folgen einer Hirnschädigung würde ich lesen.

Trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ Trifft zu

8. Welche Informationen benötige ich vor einer beruflichen Wiedereingliederung eines Mitarbeitenden mit einer Hirnverletzung? Informationen...

- zu Sozialversicherungspartnern (Invalidenversicherung, Taggeldversicherung, Unfallversicherung, etc.)
- zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen
- zu den Einschränkungen des Mitarbeitenden
- zu den Fähigkeiten des Mitarbeitenden
- zur Arbeitsfähigkeit
- welche Massnahmen am Arbeitsplatz vorgenommen werden sollen/müssen
- was beachtet werden muss bei der Wiedereingliederung
- Sonstiges

9. Haben Sie noch weitere Rückmeldungen oder Anregungen? Gerne dürfen Sie dies in diesem Feld vermerken.

Absenden

XVII. Fragebogen für die Umfrage bei den Mitarbeitenden der Ergotherapie

Fragebogen zu Bedürfnissen und Zufriedenheit mit den Unterlagen Berufliche Integration

Sehr geehrte Teilnehmerin

Wie vorab informiert werde ich im Rahmen meiner Masterarbeit den Ablauf in der beruflichen Integration standardisieren und die Dokumente auf Bedürfnisse der Arbeitgebenden sowie der Ergotherapie anpassen. Mit dieser Umfrage erhebe ich deine Bedürfnisse und Einschätzung zur beruflichen Integration und deren Abläufe in der ambulanten Neurorehabilitation.

Es sind acht Fragen und das Ausfüllen ist freiwillig und ist komplett anonymisiert. Setze bitte ein Kreuz bei der Antwort, die am ehesten zutrifft.

Vielen Dank für Deine Unterstützung und das Ausfüllen des Fragebogens bis zum 10.02.2023

1. Ich habe Erfahrung in der beruflichen Integration von Personen mit einer Hirnschädigung? *

Ja
 Nein
 Sonstiges

2. Wie sicher fühlst du dich im Ablauf der beruflichen Integration von Personen mit einer Hirnverletzung? *

sehr unsicher
sehr sicher

3. Wäre für dich eine Checkliste zur Durchführung eines Arbeitsversuches hilfreich? *

trifft nicht zu ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ trifft zu

4. Wie zufrieden bist du mit dem Dokument «Arbeitsversuch», welches zu Beginn einer beruflichen Integration an den Arbeitgebenden gesandt wird? *

sehr unzufrieden ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ sehr zufrieden

5. Was soll aus deiner Sicht im Dokument «Arbeitsversuch» optimiert werden?

Ihre Antwort eingeben

6. Wie zufrieden bist du mit dem Dokument «weiteres Procedere», welches den Verlauf der beruflichen Integration aufzeigt? *

sehr unzufrieden ☆ ☆ ☆ ☆ sehr zufrieden

7. Was soll aus deiner Sicht im Dokument «weiteres Procedere» optimiert werden?

Ihre Antwort eingeben

8. Hast du noch weitere Wünsche bei der Anpassung der Dokumente? Hier hast du Platz dies mitzuteilen. *

Ihre Antwort eingeben

+ Neue Frage hinzufügen

Eigenständigkeitserklärung

Die folgende Unterschrift versichert, dass die Inhalte dieser Arbeit erstmalig und eigenständig angefertigt wurden. Weiter beglaubigt die Unterschrift, dass die relevanten Wegleitungen (Formale Gestaltung von schriftlichen Arbeiten, Leitfaden geschlechtergerechte Sprache, Vermeidung von Plagiaten) eingehalten wurden.

13.07.2023

Michèle Häberli

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen aufrichtigen Dank an all die Menschen aussprechen, die mich in den vergangenen Jahren und während meiner Masterarbeit mit ihrer Unterstützung und Ermutigung begleitet haben.

Ich danke meinem ehemaligen Vorgesetzten, Herrn Prof. Dr. phil. Tim Vanbellingen, welcher mir ermöglicht hat dieses Projekt in der Ambulanten Neurorehabilitation des Luzerner Kantospitals umzusetzen sowie mich über die letzten Jahre gefördert hat, in meiner fachlichen Weiterbildung im Bereich der beruflichen Integration.

Einen speziellen Dank gebührt meiner Mentorin. Sie hat mich mit viel Engagement im Prozess begleitet sowie mir hilfreiche und inspirierende Anregungen gegeben.

Herzlichen Dank an euch alle!