

Bachelorarbeit Hochschule für Heilpädagogik

Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Institut für Kommunikation unter erschwerten Bedingungen

Studiengang Logopädie

Abgabe: 17.05.2019

Bachelorarbeit

Arbeitsfeld der akuten Aphasie für klinisch tätige Logopädinnen in der Deutschschweiz

Einblicke mittels Befragung und Vision

Eingereicht von:

Livia Meier, LOG 1619

Lisa Wiederkehr, LOG 1619

Begleitung:

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Abstract

In der Situation der Akutphase der Aphasie besteht oft ein enormer Zeitdruck. Die Autorinnen wollen mit dieser Arbeit herausfinden, inwiefern Qualität unter diesen erschwerten Bedingungen realisiert werden kann. Diese Bachelorarbeit fragt nach den Rahmenbedingungen für gutes Arbeiten in der Akutphase der Aphasie. Hierzu werden Qualitätsmerkmale der Aphasiebehandlung herausgearbeitet. Mittels Befragung der Logopädinnen und Logopäden, die im Akutbereich in der Deutschschweiz arbeiten, wird evaluiert, inwiefern diese Qualitätsmerkmale in der Praxis zur Verfügung stehen. Die Teilnehmenden wünschen sich von den Institutionen einen höheren Stellenwert im interdisziplinären Team, mehr Ressourcen (vor allem Gesprächsfenster), vereinfachte administrative Abläufe, als auch -wenn erwünscht- Ressourcen für das Erarbeiten praxisnaher und effektiver Leitlinien.

Danksagung

Wir danken Jürgen Steiner für die Betreuung dieser Bachelorarbeit. Ausserdem bedanken wir uns bei Aphasie Suisse für ihre Unterstützung beim Versand des Online-Fragebogens.

Zudem danken wir allen Logopädinnen und Logopäden, die sich die Zeit genommen und an unserer Befragung teilgenommen haben.

Zudem geht ein herzliches Dankeschön an Caroline Suter, Martina Kaufmann, Melanie Meier, Michael Schnellmann und Jonas Walde, die uns beim Schreibprozess dieser Arbeit unterstützt haben.

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1 Themenwahl	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Desiderat der akuten Aphasie	2
1.4 Aufbau der Arbeit	4
2. Akute Aphasie	5
2.1 Definition und Beschreibung	5
2.2 Handlungsfeld	7
2.3 Logopädische Diagnostik	9
2.4 Logopädische Therapie.....	10
2.5 Logopädische Ziele	11
3. Qualität in der klinischen Logopädie	13
3.1 Qualität in der Logopädie	13
3.2 Qualitätsmerkmale der Aphasiebehandlung	15
3.2.1 «Good practice» auf der Ebene Strukturqualität	16
3.2.2 «Good practice» auf der Ebene Prozessqualität	17
3.2.3 «Good practice» auf der Ebene Ergebnisqualität.....	20
4. Befragung der LogopädInnen im Arbeitsfeld der akuten Aphasie	21
4.1 Befragung	21
4.2 Online-Fragebogen	21
4.3 Aufbau des Fragebogens	23
5. Ist-Zustand im Arbeitsfeld der akuten Aphasie	26
6. Vergleich des Ist- und Soll-Zustandes	38
6.1 Überprüfung von «good practice» in der Praxis	38
6.2 Aphasieleitlinien in der Praxis	40
6.3 Implikationen für das Arbeitsfeld der akuten Aphasie	41
6.4 Beantwortung der Fragestellung	42
6.5 Überprüfung der Hypothesen	43
6.6 Vision von «good practice» im Arbeitsfeld der akuten Aphasie	43

7. Schlussfolgerungen	45
7.1 Fazit	45
8. Literaturverzeichnis	47
9. Abbildungsverzeichnis	52
Anhang	i

1. Einleitung

Die Therapie von Aphasien ist ein sehr vielfältiges und abwechslungsreiches Arbeitsfeld. Wie die Autorinnen in ihren Praktika in Akutspitälern erfahren haben, äussert sich die Sprachbeeinträchtigung bei allen Patienten unterschiedlich und so muss auch das Therapiesetting und die Intensität individuell an das Klientel und das jeweilige Störungsbild angepasst werden. Die Diagnostik und Therapie bei akuten Aphasien werden durch die komplexe Symptomatik und reduzierte Belastbarkeit der betroffenen Person erschwert. Dementsprechend ist die Arbeit mit Menschen mit akuter Aphasie ein komplexes Arbeitsgebiet. In dieser Bachelorarbeit wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Rahmenbedingungen für qualitativ gute therapeutische Arbeit in diesem Setting zur Verfügung stehen und welche Vorstellungen die Logopädinnen und Logopäden davon haben, wie «good practice» im Akutbereich der Aphasie gelebt werden kann.

1.1 Themenwahl

Im Gespräch mit dem Betreuer dieser Arbeit, Jürgen Steiner, sind die Autorinnen auf die nicht vorhandene Bestandesaufnahme zur Arbeitssituation in der Akutphase der Aphasie aufmerksam geworden. Dies hat sie dazu veranlasst, sich mit dem Arbeitsfeld der akuten Aphasie¹ auseinanderzusetzen.

Das Abschlusspraktikum haben die Autorinnen in zwei unterschiedlichen Deutschschweizer Akutspitälern absolviert. Die Therapie im Akutspital erwies sich als sehr vielfältig und komplex zugleich. Neben Sprachstörungen werden im Akutspital auch Schluck-, Sprech- und Stimmstörungen von den Logopädinnen und Logopäden therapiert. Speziell im Bereich der Aphasitherapie ist den Autorinnen die Vielfalt an Ausprägungen, Schweregraden sowie Ausgangslagen des Klientels aufgefallen. Im Zusammenhang mit dem Insult stellen Vigilanzminderungen, Begleitstörungen des Patienten, die vielen täglich anfallenden Untersuchungen und Therapiebedingungen in Mehrbettzimmern Hemmnisse für eine intensive und regelmässige Therapie im Akutspital dar. Den Autorinnen hat sich die Frage gestellt, welche Merkmale eine qualitativ hochstehende Aphasiebehandlung ausmachen und inwiefern diese in der Praxis zu finden sind. Eine weitere Frage war, welche Qualitätsvorstellungen von unterschiedlichen Interessensgruppen, wie beispielsweise vom Berufsverband oder von Aphasieorganisationen, an die Aphasiebehandlung herangetragen werden. In Bezug auf ihren Berufseinstieg im Sommer 2019 interessiert die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit, welche Rahmenbedingungen zur Verfügung stehen müssen, damit «good practice» in der Aphasiebehandlung umgesetzt werden kann.

¹ «Als akute Aphasie werden erworbene Störungen der Sprache und der Kommunikation nach einer Hirnschädigung innerhalb der ersten 4-6 Wochen bezeichnet» (Nobis-Bosch et al., 2013, S. 23).

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Darstellung von Qualitätsmerkmalen der Aphasiebehandlung in der Akutphase. Ein Teil der Arbeit besteht aus einer Befragung von klinisch tätigen Logopädinnen und Logopäden in der Deutschschweiz, um darzustellen, inwiefern die Qualitätsmerkmale in der Praxis zur Verfügung stehen. Am Schluss der Arbeit wird eine Vision für «good practice» abgeleitet und Konsequenzen für die Praxis aufgezeigt.

1.2 Fragestellung

Diese Arbeit befasst sich mit der Bestandesaufnahme des Ist-Zustandes im Arbeitsfeld der akuten Aphasie. Die Autorinnen möchten herausfinden, welche Vorstellungen von Qualität für die Aphasiebehandlung existieren und herausarbeiten, inwiefern sich die Qualitätsmerkmale unterschiedlicher Interessensgruppen überschneiden.

Eine anschliessende Befragung von klinisch tätigen Logopädinnen und Logopäden soll aufzeigen, inwiefern die Merkmale in der Praxis zur Verfügung stehen. Damit soll ein Einblick in das Arbeitsfeld der akuten Aphasie gewonnen werden (Ist-Zustand). Dass Qualität unterstützt wird, liegt in der Verantwortung der Arbeitgebenden. Die Autorinnen möchten herausfinden, inwiefern die Rahmenbedingungen der Institutionen die klinischen Logopädinnen und Logopäden im guten Arbeiten unterstützen.

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet:

Inwiefern kann das Arbeitsfeld der akuten Aphasie als «good practice» bezeichnet werden?

Die Hypothesen lauten:

- *Es besteht eine Differenz zwischen dem Ist-Zustand und Soll-Zustand bezüglich der Rahmenbedingungen im Arbeitsfeld der akuten Aphasie.*
- *Der Ist-Zustand in der Praxis zeigt auf, dass in der Akutphase in punkto Zeitressourcen nicht von «good practice» gesprochen werden kann.*
Der Logopädin und dem Logopäden steht zu wenig Zeit für evidenzbasierte Arbeit, interprofessionelle Zusammenarbeit, fallspezifische Dokumentation und den Einbezug der Teilhabe und Aktivität zur Verfügung.

1.3 Desiderat der akuten Aphasie

Da das Arbeitsfeld der akuten Aphasie ein Desiderat darstellt, stützt sich diese Arbeit auf die Qualitätsmerkmale der Aphasiebehandlung allgemein. Das Resultat nach der Recherche in Lehrbüchern, Fachartikeln, Forschung und nach Leitlinien im Bereich der akuten Aphasie erwies sich als überaus bescheiden. Die Suche hat ergeben, dass die Aphasie gut, die akute Aphasie jedoch nur dürftig beschrieben und erforscht ist. Die Akutphase der Aphasie ist ein herausforderndes Arbeitsfeld, da neuropsychologische Begleiterscheinungen, fluktuierende

Aphasiesymptome, sowie Überlagerungen mit anderen Störungsbildern die Forschung und somit ein evidenzbasiertes Arbeiten erschweren.

Leitlinien für die Aphasiebehandlung sind kaum vorhanden. Die Leitlinie zur Aphasie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) ist gerade in Überarbeitung und deshalb nicht zugänglich (vgl. <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>). Die meisten Leitlinien, die auf die Aphasiebehandlung eingehen, sind Schlaganfall-Leitlinien von Fachgesellschaften (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 2012, National Stroke Foundation, 2010 & Stroke Foundation New Zealand, 2010). Die Leitlinie «Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall» der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) stammt aus dem Jahr 2008 und ist laut der Fachgesellschaft veraltet (DGN, 2008, S. 1). Eine aktuelle Version ist jedoch nicht verfügbar. Die Leitlinie beziehen sich nicht auf die Akutphase. Die Schlaganfall-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bezieht sich nicht spezifisch auf die Aphasiebehandlung, sondern auf die Behandlung eines Schlaganfalls. Auch hier ist die einzig abrufbare Version bereits abgelaufen. Nur die Leitlinie «Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie)» der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) geht vereinzelt auf die Akutphase der Aphasie ein (vgl. GAB & DGNKN, 2000, S. 2ff.).

Die American Speech-Language Hearing Association (ASHA) ist eine internationale Berufsvereinigung für Sprachwissenschaftler, die Leitlinien zu verschiedenen Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen veröffentlicht. Eine Leitlinie zur Aphasie existiert jedoch nicht. Das europäische Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopedes de l'Union Européenne (CPLOL) hat ebenfalls keine Leitlinie zur Aphasiebehandlung verfasst.

Im Gegensatz zu den Fachgesellschaften und Berufsvereinigungen haben die Aphasie-Organisationen Leitlinien zur Behandlung von Aphasie erlassen. Die Guidelines «Behandlung von Aphasien» von Aphasie Suisse und die «Best practice Empfehlungen für Aphasie» von Aphasia United erwähnen die Akutphase am Rande.

Ansonsten sind keine Handlungsempfehlungen für die Akutphase in Form von Leitlinien oder Konzepten vorhanden. Insgesamt bezieht sich kaum eine Empfehlung spezifisch auf die Aphasiebehandlung, erst recht nicht auf die Akutphase. Zu bemängeln ist, «dass die meisten Empfehlungen aus den Schlaganfall Leitlinien hervorgehen und nicht aus Leitlinien anderer Ätiologien oder einer spezifischen Aphasie-Leitlinie» (Aphasia United, 2019, <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>).

Des Weiteren beziehen sich auch die Qualitätsrichtlinien des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes (DLV) nicht konkret auf die Behandlung von Aphasien. Den Autorinnen stellte sich die Frage, welche Vorstellungen von Qualität die Institutionen selber an die Aphasiebehandlung haben. Deshalb haben sie sich erkundigt, inwiefern solche Empfehlungen in der Praxis bereits bestehen und angewandt werden. Die Logopädinnen und Logopäden in den Deutschschweizer Akutspitälern mit Stroke Unit oder Stroke Center wurden telefonisch oder per E-Mail kontaktiert. Die Verfasserinnen haben sich erkundigt, ob Qualitätspapiere, Empfehlungen, Handlungsvorgaben oder Leitlinien bezüglich der Aphasiebehandlung vorliegen. Die acht der sechzehn erreichten Logopädinnen gaben an, dass keine hausinternen Empfehlungen oder Leitlinien vorliegen. Es existieren folglich in den Institutionen keine internen Empfehlungen. Dies stellt für die Verfasserinnen eine Lücke dar. Ihnen stellt sich wiederum die Frage, ob in der Praxis solche Leitlinien notwendig erscheinen und ein Bedürfnis nach solchen besteht.

Entsprechend werden die Qualitätsmerkmale aus diesen verschiedenen, oben genannten Leitlinien auf das Arbeitsfeld der akuten Aphasie übertragen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde zu Beginn eine Literaturrecherche durchgeführt. Im Theorieteil wird beschrieben, welche Besonderheiten die Akutphase der Aphasie aufweist und was unter Qualität in der Aphasiebehandlung verstanden wird. Die herausgearbeiteten Qualitätsmerkmale werden auf das Arbeitsfeld der akuten Aphasie übertragen und als Soll-Zustand dargelegt. Anschliessend werden diese Merkmale zu Hypothesen für «good practice» zusammengetragen. Da die Datenlage zur Aphasiebehandlung in der Akutphase sehr dürftig ist, erfassen die Autorinnen dieser Arbeit den «Status quo» der Praxisrealität. Mittels Befragung der Logopädinnen und Logopäden, die im Akutbereich in der Deutschschweiz arbeiten, wird evaluiert, inwiefern diese Qualitätsmerkmale in der Praxis zur Verfügung stehen. Das Ergebnis stellt den Ist-Zustand der Praxis dar und zeigt auf, inwieweit die Rahmenbedingungen in der akuten Aphasie «good practice» erlauben.

Abschliessend wird eine Vision von «good practice» in der akuten Aphasie beschrieben. Damit kann der angestrebte Soll-Zustand dieses vielfältigen Arbeitsfeldes aufgezeigt und Rückschlüsse bezüglich Lücken zwischen Erwartungen und Realität gezogen werden.

2. Akute Aphasie

Im folgenden Kapitel wird das Krankheitsbild der akuten Aphasie als Arbeitsfeld für die Logopädin und den Logopäden dargestellt. Die Recherche nach Literatur und Forschung zur Akutphase der Aphasie war, wie bereits dargelegt, nicht ergiebig. In den wenigsten Leitlinien zur Behandlung von Schlaganfällen und Aphasie wird auf die Akutphase der Aphasie eingegangen.

2.1 Definition und Beschreibung

«Als akute Aphasien werden erworbene Störungen der Sprache und der Kommunikation nach einer Hirnschädigung innerhalb der ersten 4-6 Wochen bezeichnet» (Nobis-Bosch, Rubi-Fessen, Biniek & Springer, 2013, S. 23). Eine Aphasie tritt aufgrund einer vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigung des Sprachzentrums im Gehirn auf (siehe Abbildung 1). Mit circa 80 Prozent ist eine Durchblutungsstörung, ein sogenannter Schlaganfall, die häufigste Ursache für die Aphasie (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 24). Etwa ein Drittel der Schlaganfallpatienten zeigt Anzeichen einer Aphasie (vgl. Laska, Hellblom, Murray, Kahan & von Arbin, 2001, S. 413).

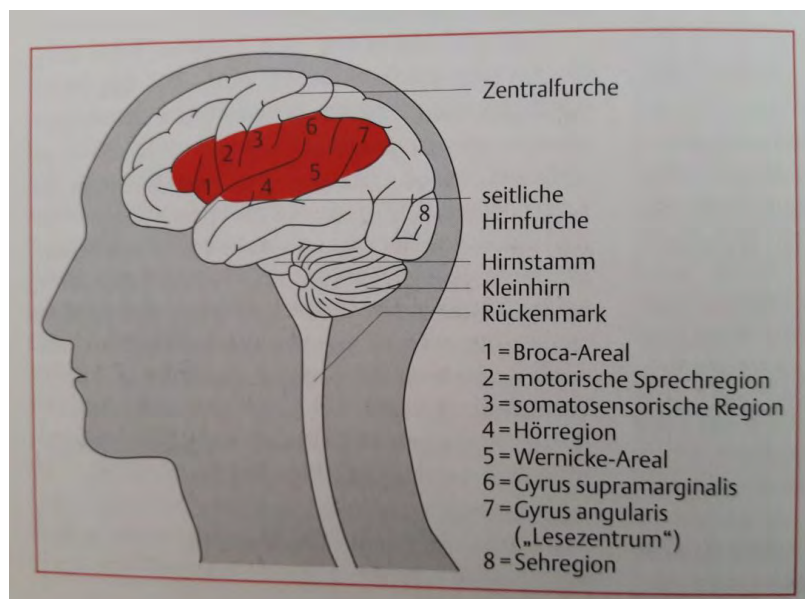


Abbildung 1: Das Sprachzentrum des Gehirns und seine Teile (Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 14)

Tabelle 1

Haupttypen der akuten Aphasie (mod. nach Huber W, Poeck K, Springer L, 2006).

Nichtflüssige Sprachproduktion

- Verlangsamtes, teilweise undeutliches Sprechen mit Satzabbrüchen und Pausen
- Sprechanstrengung
- Wortfindungsstörungen
- Einwortäusserungen
- Nachsprechen von vertrauten Wörtern oder Sätzen oft gut möglich
- Bei schwerer akuter Aphasie oft nur Sprachautomatismen, Stereotypien, recurring utterances, Neologismen sowie Perseverationen und Echolalien
- Sprachverständnis in der Regel besser erhalten

Flüssige Sprachproduktion

- Überschiessende, unverständliche Sprachproduktion
- Unkontrollierter Wort- und Satzgebrauch (Kauderwelsch)
- Sehr schlechtes Sprachverständnis
- oder
- Kontrollierter Sprachfluss mit starken Wortfindungsstörungen bei meist intaktem situativem Sprachverständnis

Mutismus

- Gefühlsreaktionen, aber keine sprachlichen Äusserungen

Abbildung 2: Haupttypen der akuten Aphasie (Hoess, Hoess, Cattenberg, Haug & Müller, 2012, S. 872)

Eine Aphasie betrifft meist mehrere Sprachmodalitäten und linguistische Ebenen (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 4). Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, wird die Sprachproduktion als flüssig, nichtflüssig oder mutistisch eingestuft. Dabei können Symptome wie phonematische oder semantische Paraphasien, Wortfindungsstörungen, Sprachautomatismen, Perseverationen, Echolalien oder syntaktische Störungen auftreten (vgl. ebd. S. 46f.). Bei etwa einem Drittel des Klientels normalisieren sich die Sprach- und Sprechstörungen in der ersten vier Wochen weitgehend (vgl. Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) & Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN), 2000, S. 2).

Aufgrund der neuropsychologischen Defizite und der fluktuierenden Symptomatik, welche die Rehabilitation der Aphasie beeinflussen, erfordert das Arbeiten in der Akutphase das kurzfristige Planen und Durchführen logopädischer Diagnostik und Therapieeinheiten. Logopädische Interventionen beinhalten erste Kontaktaufnahmen und Beratungen der Sekundärbetroffenen (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 49).

Die Anwendung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2005) im klinischen Alltag erlaubt ein ganzheitliches Erfassen der Betroffenen mit akuter Aphasie in ihren Lebenskontexten (siehe Abbildung 3). Das ICF-Konzept ist ein wichtiges Modell in der neurologischen Rehabilitation und stellt die individuellen Auswirkungen der Sprachstörung dar (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 45).

Das Konzept nach ICF empfiehlt eine ressourcenorientierte Therapie nach dem Kontext, sowie an der sozialen Teilhabe der Klienten auszurichten. Es geht zudem von einem ganzheitlichen Ansatz aus und berücksichtigt den gesamten Lebenshintergrund der Betroffenen (vgl. WHO, 2005, S. 4). Die Logopädin oder der Logopäde soll folglich das therapeutische Handeln auf die Ebenen der Aktivität und Teilhabe des Patienten ausrichten (vgl. Haid & Steiner, 2016, S. 39).

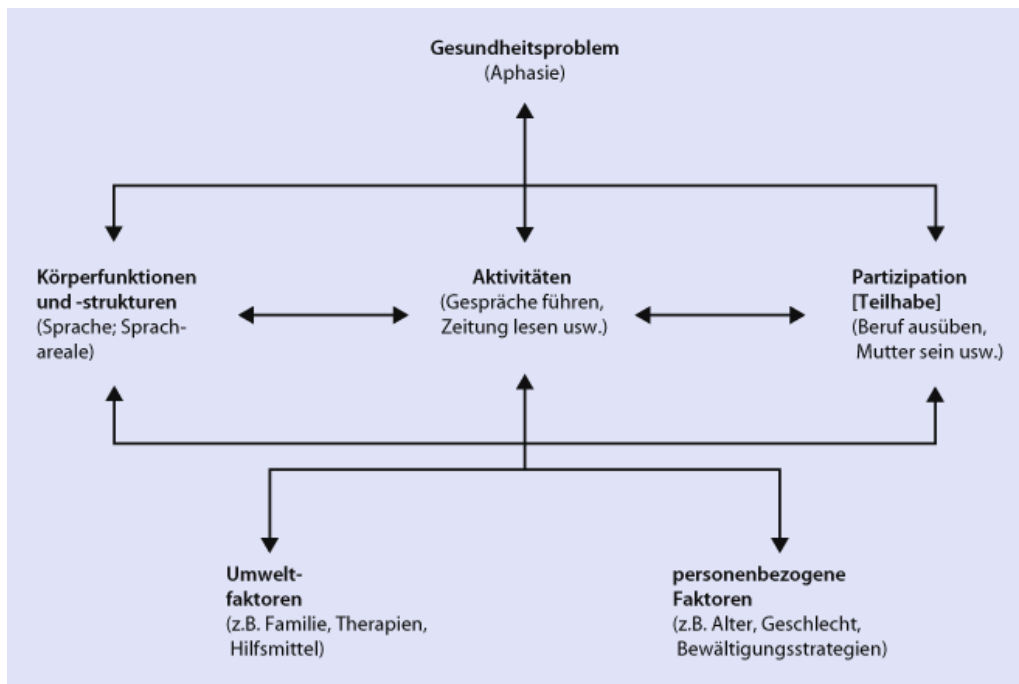


Abbildung 3: ICF Modell im Beispiel Aphasie (Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 24)

Mithilfe des ICF-Modells lässt sich das Krankheitsbild auf den unterschiedlichen Ebenen beschreiben. Mit der Aphasie gehen Beeinträchtigungen der Sprachfunktionen und somit Einschränkungen der Teilhabe und Aktivität am gesellschaftlichen Leben einher. Personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren können einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. Sie können sich förderlich oder hemmend auf die Sprachbeeinträchtigung auswirken und sollten aufgrund dessen bei der Anamnese mitberücksichtigt werden (vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 24 ff.).

2.2 Handlungsfeld

Eine frühe medizinische und therapeutische Behandlung ist bei einer Aphasie unumgänglich und umso erfolgreicher, je schneller sie erfolgt. Deshalb gibt es in vielen Spitälern eine eigene Schlaganfallstation (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 9).

Schlaganfallpatienten werden im Krankenhaus auf der jeweiligen Schlaganfallstation (Stroke Unit) behandelt. «A stroke unit is a hospital unit or a part of a hospital unit, that exclusively or near exclusively takes care of stroke patients. The staff and the multidisciplinary approach to treatment and care characterise the stroke unit» (Kaste, Skyhoj Olsen, Orgogozo, Bogousslavsky, Hacke, 2000, S. 7). Die Stroke Unit ist demnach eine Station für die Behandlung und Pflege von Schlaganfallpatienten im Krankenhaus, welche die Sterbensrate und Häufigkeit von Schlaganfällen signifikant reduziert (vgl. Beer et al., 2007, S. 297). Die Behandlung von ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen in der Stroke Unit und der Einsatz der Lysetherapie gelten heute als enorme medizinische Fortschritte (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013,

S. 20). Während die Lysetherapie eine rasche Durchblutung des Gehirns ermöglichen soll, dient die Stroke Unit der hochfrequenten Kontrolle und dem frühen Therapiebeginn von Logopädie, Physiotherapie und der Ergotherapie (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 20f.).

Alberts et al. (2000) betonen die Wichtigkeit des geschulten Personals: «stroke units [...] should be staffed and directed by personnel (physicians, nurses, speech therapists, physical therapists) with training and expertise in caring for patients with cerebrovascular diseases» (S. 3105). Die Logopädin und der Logopäde sind somit ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsteams in der Stroke Unit. «Jeder Patient, dessen Sprechweise bzw. Kommunikationsverhalten durch den Schlaganfall verändert ist, sollte von einer Logopädin untersucht werden, um die individuelle Symptomatik zu erfassen und dem Betroffenen ggf. logopädische Therapie bzw. Beratung zu ermöglichen, um die Ursache zu eruieren» (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), 2012, S. 120). In der Schweiz haben Betroffene in der Stroke Unit daher Anspruch auf eine logopädische Einheit pro Tag, sofern dies der Zustand des Klienten zulässt (vgl. Schweizerische Hirnschlaggesellschaft, 2012, S. 920).

Eine Stroke Unit in der Schweiz muss folgende Bedingungen umsetzen:

- «Erfüllen von fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen, um das neurologische Ausfallsyndrom und die zugrundeliegende Ätiologie zu erfassen, sowie die Gefahr von Komplikationen abzuschätzen, diese zu verhindern und zu behandeln
- Durchführen und Applikation von Therapien (medizinisch, interventionell, chirurgisch), auch unter Zeitnot während 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr
- Multidisziplinäre, neurologische Frührehabilitation
- Rehabilitationsplanung und Weiterbehandlung
- Spezifische Sekundärprophylaxe
- Fort- und Weiterbildung
- Qualitätssicherung» (Engelter & Lyrer, 2004, S. 201).

Grössere Spitäler in der Schweiz verfügen neben der Stroke Unit über ein Stroke Center. Eine Erklärung dazu folgt weiter unten. Die Standorte der Schweizer Stroke Center und Stroke Units werden nachfolgend in Abbildung 4 dargestellt.



Abbildung 4: Stroke Units (orange) und Stroke Center (blau) in der Schweiz (Quelle: Schweizer Hirn-schlag Gesellschaft (SHG), Stand Januar 2019)

«Ein Stroke Center beinhaltet eine Stroke Unit und erweitert diese um spezifische strukturelle neuro-radiologische und neurochirurgische Leistungen» (Heldner, Jung & Arnold, 2017, S. 5). Stroke Center stellen bildgebende Verfahren wie eine Computertomographie (CT) oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) während 24 Stunden zur Verfügung, welche bei Bedarf innerhalb von 25 Minuten zum Einsatz kommen können (vgl. Alberts et al., 2000, S. 3106). «For the purposes of a primary stroke center, neurosurgical care for the patient should be available within 2 hours of when it is deemed clinically necessary» (Alberts et al., 2000, S. 3105).

2.3 Logopädische Diagnostik

«In der Phase bis ca. 4 Wochen nach dem Schlaganfall ist eine zuverlässige Diagnose von Art und Ausmaß der Aphasie meist nicht möglich» (DGN, 2008, S. 9). Die Vigilanz sowie die Belastbarkeit des Klienten schwanken in der Akutphase täglich. Die sprachlichen Leistungen und Symptome sind je nach Tagesform sehr unterschiedlich. Aufgrund der neuropsychologischen Begleitsymptome ist eine definitive Sprachabklärung kaum möglich. Deshalb ist die Diagnostik in der Akutphase auf eine kurze Durchführungszeit ausgelegt (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 23). Dass das Klientel mit einer akuten Aphasie oft noch gesundheitlich instabil sind und die Durchführung der Diagnostik deshalb erschwer ist, betonen auch Laska, Hellblom, Murray, Kahan und von Albin (2001) (vgl. S. 420).

Die Herausforderung an der Arbeit mit akut betroffenen Klienten liegt in der Überlappung von neuropsychologischen Begleitsymptomen, sowie weiteren Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen. Es wird betont, dass das Durchführen von Aphasiediagnostik durch eine Logopädin oder einen Logopäden geschehen sollte, damit auch Klienten mit leichten Symptomen erfasst und die richtigen therapeutischen Konsequenzen gezogen werden (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 49f.).

2.4 Logopädische Therapie

Es gibt nur wenige Studien, welche die verschiedenen Effekte der Behandlung der Aphasie untersuchen. Zudem ist die Befundlage zu Effekten von Therapiebeginn und –intensität gering und uneinheitlich (vgl. Bakheit et al., 2007, Godecke, Hird, Lalor, Rai & Phillips, 2012, Laska, Hellblom, Murray, Kahan & von Albin, 2001 und Laska, Kahan, Hellblom, Murray & von Arbin, 2011).

Godecke, Hird, Lalor, Rai und Phillips (2012) fanden heraus, dass Betroffene, die früh Logopädie erhielten, drei Wochen nach dem Schlaganfall bessere kommunikative Leistungen zeigten, als diejenigen, die sich spontan erholten (vgl. ebd. S. 642). Der frühe Beginn und die hohe Intensität der logopädischen Therapie haben laut Bakheit et al. (2007) einen positiven Behandlungseffekt auf die Remission des Klienten, diese sind jedoch aufgrund des Gesundheitszustandes des Klientels in der Akutphase nur schwer praktikabel (vgl. S. 891). Laska et al. (2011) haben keine Effekte von früher, intensiver Sprachtherapie festgestellt, erkannten jedoch einen Einfluss des Bildungsstandes des Patienten auf die kurz- und langfristige Genesung (vgl. S. 73). «The main factors influencing speech recovery are initial severity of aphasia and age» (Laska et al., 2001, S. 420).

«The potential for improvement is greatest for those patients with the most severe degree of aphasia. The possibility to reach the best results, however, is greatest for patients with mild aphasia. The most important factors for improvement are the initial degree of aphasia and the degree of neurological deficit at baseline» (Laska et al., 2011, S. 72). Die Prognosen sind gemäss Laska et al. (2011) besser, wenn die Betroffenen jünger und die Sprachbeeinträchtigung gering ist. Die grössten Verbesserungen finden innerhalb der ersten drei Monate statt (vgl. S. 420).

In der Literatur und in den Schlaganfall- und Aphasieleitlinien wird empfohlen, dass die Therapie möglichst früh starten soll (vgl. Aphasie Suisse, 2006, DGN, 2008, GAB & DGNKN, 2000, Huber, Poeck & Springer, 2006, Nobis-Bosch et al., 2013, Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014).

«In der Akutphase sollte die sprachliche Aktivierung so früh wie möglich täglich circa 30 Minuten lang erfolgen, sofern der Allgemeinzustand des Patienten dies zulässt und hin-

reichende Fähigkeit zum Fokussieren von Aufmerksamkeit vorliegt. [...] Dennoch ist intensive Sprachtherapie auch in der Akutphase nötig, um die Rückbildung zu unterstützen, Automatismen und Fehlkompensationen zu hemmen, den Leidensdruck des Klienten zu mildern und Adaptationsprozesse zu steuern“ (GAB & DGNKN, 2000, S. 4).

Das frühe Ansetzen der logopädischen Therapie unterstützt die Spontanremission und die neuronale Umgestaltung (vgl. vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 150).

Sobald der Klient ausreichend stabil ist, sollte mit der Sprachtherapie begonnen werden (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 33). Die Behandlung im Spital beinhaltet die Aphasiebehandlung in der Akutphase (siehe Abbildung 5). Bei Klienten mit einer akuten Aphasie versucht die logopädische Therapie möglichst früh zur Kommunikation zu verhelfen und diese anzubahnen, um die Teilhabe des Klienten zu fördern (vgl. Nobis-Bosch et al., 2013, S. 40). Somit zielt die Behandlung in der Akutphase darauf ab, die Sprachschädigung zu beschränken und die Sprachfunktionen möglichst früh zu aktivieren (vgl. Huber, Poeck & Springer, 2006, S. 9).

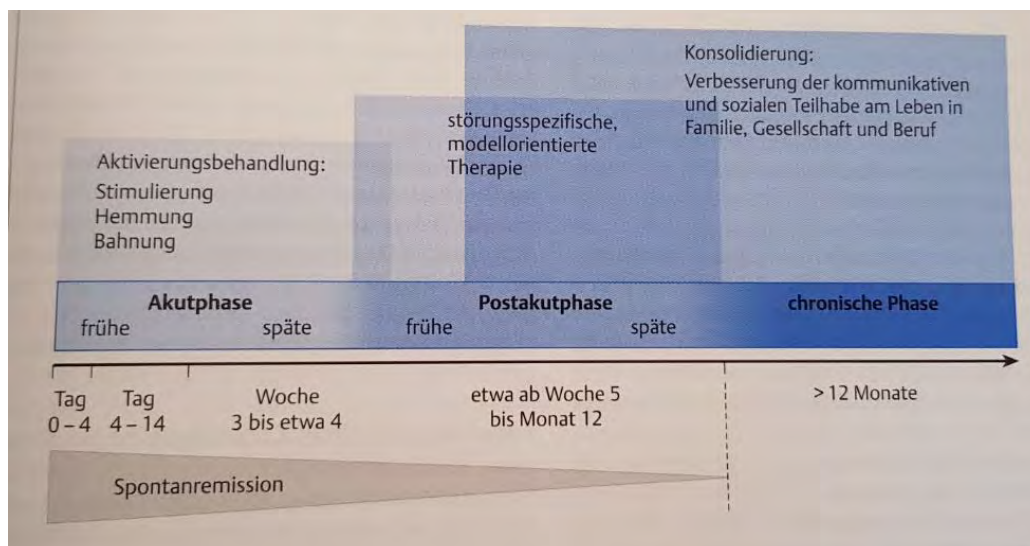


Abbildung 5: Behandlungsphasen der Aphasiebehandlung (Nobis-Bosch et al., 2013, S. 27)

2.5 Logopädische Ziele

In der Akutphase «zielt Aphasiebehandlung auf die Verbesserung der sprachsystematischen Fähigkeiten, die Kommunikationsfähigkeit und auf die Minderung der Beeinträchtigung in der aktiven Teilnahme des sozialen Lebens» (GAB & DGNKN, 2000, S. 5).

Bezogen auf das ICF-Modell geht es in der Aphasiebehandlung darum, die sprachlichen Fähigkeiten zu verbessern (Körperfunktion), im familiären und beruflichen Alltag eine größtmögliche Selbstständigkeit zu ermöglichen (Aktivität), sowie soziale Kontakte zu erhalten (Partizipation) (vgl. Schneider, Wehmeyer & Grötzbach, 2014, S. 150 ff.).

Das Ziel der Aphasiebehandlung beruht somit auf der Rückgewinnung von Alltagsaktivitäten und der Teilhabe an allen relevanten Bereichen des Patienten (vgl. Hansen & Schneider, 2015, S. 118) unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren (vgl. Aphasie Suisse, 2006, S. 557).

Auch Nobis-Bosch et al. (2013) betrachten die Alltagskommunikation, sowie die Partizipation in allen Bereichen des alltäglichen Lebens als übergeordnete Therapieziele (vgl. S. 38).

«Solche Ziele, die sich bei Aphasie stark auf die kommunikative Teilhabe beziehen, sind auch in der Akutphase erreichbar. Sie beschränken sich aber aufgrund der äusseren Begebenheiten (intensivmedizinische Situation) und der typischerweise stark fluktuierenden aphasischen Symptomatik, die zusätzlich durch starke Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis überlagert sein kann, auf vorübergehende Kompensation (kommunikative Ersatzstrategien) und Anpassung von Umweltfaktoren (Angehörigenberatung zu günstigen Gesprächsstrategien)» (Nobis-Bosch et al., 2013, S. 42).

3. Qualität in der klinischen Logopädie

Nachdem das Arbeitsfeld der akuten Aphasie dargestellt wurde, folgt die Darlegung von Qualität in der Logopädie. Die zentralen Begriffe «Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität» werden geklärt. Ausserdem werden die Qualitätsmerkmale herausgearbeitet, verglichen und als Hypothesen für «good practice» in der Aphasiebehandlung formuliert.

3.1 Qualität in der Logopädie

„Qualität wird als Grad der Übereinstimmung zwischen Anforderungen, Ansprüchen bzw. Erwartungen (SOLL) der Patienten und anderen interessierten Parteien an eine Dienstleistung (Prozess) und deren Ausführung (IST) angesehen“ (Kantonsspital Aarau, 2016, S. 107). Qualität ist demnach ein Massstab dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für die Betroffenen die Wahrscheinlichkeit erwarteter Gesundheitsergebnisse steigern und dem derzeitigen Fachwissen entsprechen (vgl. National Academy of Sciences, 2019, [http://www.nationalacademies.org/hmd/Global/News Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx](http://www.nationalacademies.org/hmd/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx)).

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäss Donabedian (1980) stellen einen Rahmen für die Qualität in der Logopädie dar (vgl. Giel, Keller, Wahl & Steiner, 2018, S. 35). Im Folgenden wird genauer erläutert, was unter diesen Qualitätsfaktoren verstanden wird (siehe Abbildung 6).

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Vorraussetzungen für die Sprachtherapie	Sprachtherapeutisches Handeln	Interventionsergebnisse
Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> • Studium • Hochschulabschlüsse • Fort-, Weiterbildung • Supervision Strukturelle Bedingungen Ausstattung: <ul style="list-style-type: none"> • personell • räumlich • materiell • organisatorisch 	Sprachtherapeutische Interventionen <ul style="list-style-type: none"> • Befunderhebung • Beratung • Therapie • Interdisziplinäre Kooperation • Dokumentation/Berichte 	Effekte sprachtherapeutischer Interventionen <ul style="list-style-type: none"> • Zielerreichung/ Kundenzufriedenheit • Veränderung der Funktions-ebene (ICF) • Veränderung der Aktivitäts-/ Partizipationsebene (ICF) Erweiterung der Kommunikationsfähigkeit Handlungskompetenz

Abbildung 6: Qualitätstrias Sprachtherapie / Logopädie (Giel et al., 2018, S. 36)

Strukturqualität

Unter Strukturqualität ist die Qualität der Voraussetzungen für die Therapie gemeint. Laut Giel et al. (2018) stellt die Qualifikation der Logopädin und des Logopäden einen wichtigen Gelingensfaktor für die Therapiequalität dar. Darunter verstehen eben genannte Autoren ein absolviertes Logopädiestudium, sowie regelmässig besuchte Fort- und Weiterbildungen und Supervisionen (vgl. S. 36). Auch Homburg (2000) betont den Einfluss der Strukturqualität: «Therapiequalität wird in starkem Masse mitbestimmt von der sachlichen, räumlichen, medialen, apparativen Ausstattung und besonders der personellen Ausstattung, denn gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist eine Voraussetzung für die Qualität von Sprachtherapie» (ebd. S. 32). Er nennt zudem die evidenzbasierte Arbeit, die Einhaltung der Berufsethik, das Einsetzen von standardisierten Methoden, das Begründen von alternativen Methoden sowie die Beziehungsarbeit als wichtige fachliche Qualitätsmerkmale (vgl. Homburg, 2000, S. 38).

Giel et al. (2018) weisen darauf hin, dass «eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität nur zu erreichen ist, wenn strukturqualitative Bedingungen und Ressourcen (Fort- und Weiterbildung, kollegialer Austausch, materielle/räumliche Ausstattung) geschaffen und zur Verfügung gestellt werden» (S. 45). Die Strukturqualität bildet folglich die Basis für die Qualität des Handelns in der Logopädie. Die strukturellen Bedingungen, wie die personellen, räumlichen, materiellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, sind ausschlaggebend für die Qualität des darauffolgenden logopädischen Handelns (vgl. Giel et al., 2018, S. 36).

Prozessqualität

Unter Prozessqualität verstehen Giel et al. (2018) die Qualität der logopädischen Handlungsschritte, wie der Anamnese, der Diagnostik, der Beratung, der Therapie, der interdisziplinären Zusammenarbeit als auch der Dokumentation. Ihre Kompetenzen soll eine Logopädin oder ein Logopäde durch fallbezogene Recherchen, Weiterbildung und Zusammenarbeit mit Primär- und Sekundärbetroffenen erweitern (vgl. S. 40f.). «Good practice ist das Ergebnis dieser Triage» (ebd., S. 41) und erhöht nach Beushausen (2016) die Strukturqualität logopädischen Handelns (vgl. S.1). Die Triage aus evidenz-basierter Praxis (EBP), also dem Anwenden von wissenschaftlichen Belegen zu logopädischen Störungsbildern, praxis-basierter Evidenz (PBE), also dem Wissen basierend auf beruflicher Erfahrung, sowie shared decision making (SDM), das bedeutet «aktiv Informationen aus[zu]tauschen, verschiedene Behandlungsoptionen ab[zu]wägen und partnerschaftlich eine Entscheidung [zu] fällen» (Gerber, Kraft & Bossard, 2014, S. 1883) dient folglich der Kompetenzerweiterung der Logopädin oder des Logopäden und somit einer Steigerung der Prozessqualität.

Ebenso wichtig für die Prozessqualität ist «die Arbeit nach aktuellen Leitlinien, eine ausführliche, dennoch praktikable Dokumentation, praxisinterne Kommunikation und die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern» (Giel et al., 2018, S. 51). Damit wird klar, dass die handelnde

Logopädin oder der handelnde Logopäde selbst ein Faktor der Qualität der Therapie ist, wobei äussere Bedingungen, weitere Akteure, sowie therapieunabhängige Faktoren die Prozessqualität mitbeeinflussen (vgl. Homburg, 2000, S. 31). «Ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen» (Homburg, 2000, S. 33) ist ein wichtiger Gelingensfaktor für die Prozessqualität. Nicht nur die Logopädin oder der Logopäde, sondern das gesamte therapeutische und medizinische Netzwerk beeinflussen die Kooperation und damit die Therapiequalität.

Ergebnisqualität

Unter Ergebnisqualität verstehen Giel et al. (2018) die Qualität des Ergebnisses der logopädischen Therapie. Diese zeichnet sich durch die Zufriedenheit des Klientels, der Erreichung der Ziele, sowie der Verbesserung auf Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsebene nach ICF aus (vgl. S. 36). «Ziel der Sprachtherapie ist die selbstgesteuerte alters-, erwartungs- und situationsadäquate Kommunikation, Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch die Kommunikation, auf adäquatem Niveau, als Mittel der Selbstverwirklichung» (Homburg, 2000, S. 32). Gemäss der Qualitätsrichtlinie 12 des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes (DLV) müssen die Ziele nach ICF oder institutionellen Vorgaben formuliert werden (vgl. DLV, 2015, S. 18).

3.2 Qualitätsmerkmale der Aphasiebehandlung

Im nachfolgenden Abschnitt wird dargestellt, welche Vorstellungen von Qualität in der Logopädie bestehen. Da keine Qualitätsvorstellungen bezüglich der Aphasiebehandlung im Akutbereich vorhanden sind, stützt sich diese Arbeit auf die allgemeinen Qualitätsmerkmale in der Aphasiebehandlung.

Einbezogen werden die Guidelines «Behandlung von Aphasien» von Aphasie Suisse und die «Best practice Empfehlungen für Aphasie» von Aphasia United. Ebenfalls berücksichtigt werden die Schlaganfall-Leitlinien von Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN).

Seitens des Berufsverbandes DLV werden die Qualitätsrichtlinien, sowie das Berufsbild analysiert. Des Weiteren werden die Kompetenzen, die den Logopädiestudierenden vermittelt werden und die Qualifikationen, welche am Ende des Studiums verlangt werden, miteinbezogen (siehe Anhang, S. iii). Ferner werden die Qualitätsanforderungen der Kostentragenden (Krankenkasse) betrachtet, welche die Logopädin und der Logopäde im Akutbereich erfüllen muss (siehe Anhang, S. v). Herangezogen werden zudem die Qualifikationsanforderungen, welche die American Speech-Language Hearing Association (ASHA) und das europäische Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopedes de l'Union Européenne

(CPLOL) an die Logopädin und den Logopäden stellen. Ebenso wurde die Fachliteratur zur Qualität in der Logopädie von Giel, Keller, Wahl und Steiner (2018) beigezogen.

Nachfolgend werden diejenigen Qualitätsmerkmale vorgestellt, die von mehreren Quellen genannt werden. Sie werden als Hypothesen für Qualität in der Aphasiebehandlung formuliert. Das bedeutet, je mehr der nachfolgenden Qualitätsmerkmale in der Praxis umgesetzt werden, desto eher kann von «good practice» gesprochen werden. Wenn ein Qualitätsmerkmal nicht umgesetzt wird, kann diesbezüglich nicht von «good practice» gesprochen werden.

3.2.1 «Good practice» auf der Ebene Strukturqualität

1) Der Arbeitgeber (die Institution, in welcher die Logopädin oder der Logopäde arbeitet) sorgt für eine gute personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für die Arbeit.

Der Berufsverband DLV fordert, dass die Logopädin und der Logopäde über die nötige Infrastruktur verfügt, welche sie in der Zielerreichung unterstützt (vgl. DLV, 2015, S. 26). «Es ist unerlässlich, dass die Institution eine gute Infrastruktur zur Verfügung stellt. Grösse, Lage, Ausstattung des Therapieraumes (Mobiliar), Material und die technischen Hilfsmittel sind wichtige Voraussetzungen, damit qualitativ hochstehende therapeutische Arbeit geleistet werden kann» (ebd. S. 26), denn wie Giel et al. (2018) bemerken, beeinflussen die strukturqualitativen Voraussetzungen die Prozess- und Ergebnisqualität massgeblich (vgl. S. 45).

Die Fachgesellschaften GAB und DGNKN empfehlen, dass die Aphasiebehandlung, wenn möglich, in einem geschlossenen, nicht-öffentlich zugänglichen Raum stattfinden sollte. Ferner legen sie nahe, dass ohne Wechseln des Zimmers Materialien und Gerätschaften, wie Diagnostik- und Therapiematerialien und Lexika, verfügbar sein sollen (vgl. GAB & DGNKN, 2000, S.12). Gemäss Aphasia United (2019) sollten betroffenen Personen Hilfsmittel zur Unterstützten Kommunikation zur Verfügung stehen (vgl. <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>).

2) Der Arbeitgeber unterstützt die Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen.

Wie Giel et al. (2018) betonen, soll die Logopädin und der Logopäde ihre Kompetenzen stetig erweitern (vgl. S. 41). Ein qualifiziertes Vorgehen bei Diagnostik und Therapie von erworbenen Sprachstörungen bedingt eine spezifische Ausbildung während des Studiums und anschliessend im Berufsleben. Das Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopedes de l'Union Européenne (CPLOL) (1997) empfiehlt den klinischen Logopädinnen und Logopäden, ihr Wissen regelmässig durch Nachschlagen von Literatur und Besuchen von Fortbildungen zu erweitern (vgl. <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html>). Das Feld der Aphasieforschung und -therapie entwickelt sich laut

GAB und DGNKN (2000) sehr rasant, weshalb das Besuchen von evidenzbasierten Fortbildungen, die sich auf die Bereiche der Diagnostik und Therapie fokussieren, wichtig und verpflichtend ist (vgl. S. 1). Auch der Berufsverband DLV fordert regelmässige Fort- und Weiterbildungen. Diese können aus Schulungen, Seminaren, Publikationen, Supervisionen oder dem Studium von Fachliteratur bestehen (vgl. DLV, 2015, S. 19).

3.2.2 «Good practice» auf der Ebene Prozessqualität

3) Für die fallbezogene Recherche, Planung und Evaluation stellt der Arbeitgeber genügend Zeit und Mittel zur Verfügung.

Da die Forschung ein wichtiger Bestandteil der Ausbildung darstellt (vgl. EDK, 2000, S. 3) lehren die Ausbildungsstätten wissenschaftliches Arbeiten (vgl. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, 2016, Studien- und Examenskommission, 2017, Pädagogische Hochschule FHNW, 2019 & Schweizer Hochschule für Logopädie Rohrschach SHLR, 2016). Die Kostentragenden verlangen nach dem Artikel 32 Absatz 1 KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), dass die angewendeten Methoden wissenschaftlich überprüft sind (vgl. Bundeskanzlei, 2019, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>).

Der Berufsverband wie auch die Aphasieorganisation Aphasie Suisse empfehlen, dass Logopädinnen und Logopäden evidenzbasierte Methoden verwenden (vgl. DLV, 2019, <http://www.logopaedie.ch/qualität>, Aphasie Suisse, 2006, S. 555). Ebenso erwähnen die Fachgesellschaften, dass die Logopädin und der Logopäde mit dem aktuellen Stand der Forschung vertraut sein sollte (vgl. GAB & DGNKN, 2000, S. 1 & CPLOL, 1997, <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html>). Auch Giel et al. (2018) empfehlen, dass die Logopädin und der Logopäde fallbezogen gemäss aktuellen Forschungsergebnissen arbeitet (vgl. S. 41). Insofern muss der Arbeitgebende der klinisch tätigen Logopädin oder des klinisch tätigen Logopäden ein entsprechendes Zeitgefäss während der Arbeitszeit zur Verfügung stellen.

4) Der Arbeitgeber unterstützt ein Therapiesetting, das partnerschaftliche Therapieentscheide mit den Primärbetroffenen (PB) und Sekundärbetroffenen (SB) ermöglicht.

Zu den Fähigkeiten einer klinischen Logopädin oder eines klinisch tätigen Logopäden gehört gemäss dem CPLOL das Kommunizieren der Therapieziele gegenüber den Primär- und Sekundärbetroffenen und dem Therapieteam (vgl. CPLOL, 1997, <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html>). Die Logopädin oder der Logopäde soll die Primärbetroffenen und das Umfeld partnerschaftlich in die Entscheidungsfindung miteinbeziehen (vgl. Giel et al., 2018, S. 41). Ebenfalls schlägt der Berufsverband DLV

vor, dass mit «dem für die Klientinnen spezifischen Kontext» (DLV, 2015, S. 11) zusammengearbeitet wird (vgl. ebd. S. 18). Gemäss Aphasia United sollen die Betroffenen Informationen über das Erkrankungsbild der Aphasie, dessen Ätiologie (z.B. Schlaganfall) und über Behandlungsmöglichkeiten erhalten (vgl. Aphasia United, 2019, <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>).

Die Zusammenarbeit mit Sekundärbetroffenen mittels Einzelgesprächen, Beratungen in Gruppen oder Kommunikationstraining hat einen hohen Stellenwert in der Arbeit der klinisch tätigen Logopädin und des klinisch tätigen Logopäden (vgl. GAB & DGNKN, 2000, S. 9). Das Einzelgespräch mit den Angehörigen sollte unter anderem «die Darstellung der Behandlungsschwerpunkte und der aktuellen Ziele in der Sprachtherapie» (ebd. S. 10) umfassen. Auch die Aphasieorganisationen empfehlen, dass die Sekundärbetroffenen des Klienten in die Therapie miteinbezogen werden (vgl. Aphasie Suisse, 2006, S. 557 & Aphasia United, 2019, <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>).

5) Für den Einbezug des Lebenskontextes (Teilhabe, Aktivität) in die Therapieplanung stellt der Arbeitgeber genügend Ressourcen zur Verfügung.

Der DLV verlangt in ihren Richtlinien, dass die Logopädin und der Logopäde «die individuellen und sozialen Ressourcen, sowie den Lebenskontext» (DLV, 2015, S. 23) nach ICF erfasst und miteinbezieht, sowie die Zufriedenheit bei Beratungsgesprächen berücksichtigt (vgl. S. 25).

Auch die Organisation Aphasie Suisse empfiehlt, dass sich die Therapie an der «Optimierung der aktiven Teilnahme am sozialen Leben, unter Einbezug der sozialen Umgebung» (Aphasie Suisse, 2006, S. 557) orientiert und bei der Zielsetzung nach ICF die Kontextfaktoren und die Teilhabe der Primärbetroffenen miteinbezogen werden (vgl. S. 557).

Die Logopädin und der Logopäde soll die Lebenswelt und -zusammenhänge durch die Zusammenarbeit mit Primär- und Sekundärbetroffenen erfassen, was wiederum deren Kompetenzen erweitert (vgl. Giel et al., 2018, S. 41f.). «Eine gute Sprachtherapie bietet erwachsenengerechte Lern- und Arbeitsbedingungen, basiert auf einer sorgfältigen und umfassenden Diagnostik und richtet sich nach realistischen und an den Lebensumständen des Patienten orientierten Zielen» (GAB & DGNKN, 2000, S. 13).

6) Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zielsetzung und gemeinsame Aktionen) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Giel et al. (2018) fordern «klare Regelungen hinsichtlich Leitung, Abläufen und bereitzustellenden Ressourcen» (ebd. S. 39), sowie einen offenen und transparenten Informationsaustausch aller beteiligten Akteure, damit die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert (vgl. S. 41). Die Qualitätsrichtlinie 5 des DLV verlangt, dass die Logopädin und der Logopäde «interdisziplinär mit den beteiligten Fachgruppen und dem für die Klientinnen spezifischen Kontext» (DLV, 2015, S. 11), sowie mit den Angehörigen zusammenarbeitet (vgl. ebd. S. 18).

Die Organisation Aphasia United betont die Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal (vgl. Aphasia United, 2019, <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>).

«In many cases individuals are best served when speech-language pathologists work collaboratively with other professions» (American Speech-Language Hearing Association, 2001, S. 28). «Ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen» (Homburg, 2000, S. 33) ist somit ein wichtiger Gelingensfaktor für die Prozessqualität. Insofern berücksichtigen die Schweizer Ausbildungsstätten in ihren Curricula die interdisziplinäre Zusammenarbeit als einen wichtigen Faktor für die qualitative Arbeit der Logopädin und des Logopäden (vgl. EDK, 2000, S. 2).

7) Für die fallbezogene Dokumentation (Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, Therapieziele und interdisziplinäre Zusammenarbeit) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Unter Prozessqualität verstehen Giel et al. (2018) die Qualität der logopädischen Handlungsschritte, wie der Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch der Dokumentation (vgl. S. 36). Laut den Leitlinien des GAB und DGNKN (2000) «setzt qualitätsgesicherte Sprachtherapie sorgfältige Diagnostik, Planung und Verlaufskontrolle sowie Dokumentation voraus. Dies ist zeitaufwendig» (S. 11). Ebenso empfehlen sie, dass die Therapieziele «explizit formuliert [...], erreichbar [...], quantifizierbar und durch qualitative Analysen belegbar» (ebd. S. 5) sind.

Auch die Aphasieorganisationen verlangen das Festhalten und Formulieren von Therapiezielen nach ICF-Kriterien (vgl. Aphasia United, 2019, <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf> & Aphasie Suisse, 2006, S. 557). Der DLV empfiehlt in der Qualitätsrichtlinie 17, dass die Therapieplanung «schriftlich festgehalten und regelmässig aktualisiert» (DLV, 2015, S. 23) werden muss, auf der durchgeführten Diagnostik basiert und der Erreichung der Therapieziele dient. Zudem sollen die Ziele regelmässig reevaluiert werden (vgl. S. 24).

3.2.3 «Good practice» auf der Ebene Ergebnisqualität

8) Für die regelmässige Evaluation der Therapie (Verlaufsdagnostik, Zweck und Wirksamkeit) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Die Ausbildungsstätten bereiten die Studierenden darauf vor, dass sie ihre Arbeit reflektieren und evaluieren (vgl. EDK, 2000, S. 2), denn «logopedists should regularly evaluate therapy outcomes» (CPLOL, 1997, <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html>). Eine Evaluation dient nach Giel (2000) dem Hinterfragen des Zwecks, des Sinns und der Wirksamkeit der Therapie (S. 43). Auch der Berufsverband verlangt, dass die Logopädin und der Logopäde die Therapie anhand des Grades der Erreichung der Therapieziele regelmässig beurteilt und bewertet (vgl. DLV, 2015, S. 12ff.).

Ebenso empfiehlt Aphasie Suisse (2006), dass die Wirksamkeit der Therapie überprüft wird. «Die therapeutischen Massnahmen sollen zielgerichtet sein und periodisch überprüft werden. Die Effizienz der therapeutischen Massnahmen soll standardisiert erfasst werden» (ebd. S. 557). Ausserdem fordert die Organisation, dass die Logopädin und der Logopäde bei der Dokumentation die Massnahmen hinterfragt (vgl. ebd.).

Die Kostentragenden verlangen ebenfalls gemäss Artikel 32 Absatz 2 KVG, dass die Logopädin und der Logopäde ihre Arbeit regelmässig überprüft (vgl. Bundeskanzlei, 2019, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>).

4. Befragung der LogopädInnen im Arbeitsfeld der akuten Aphasie

Bevor in Kapitel 5 und 6 auf die Ergebnisse und die Interpretation der Ergebnisse der Befragung eingegangen wird, werden in diesem Kapitel die Auswahl der Zielgruppe, die Vorgehensweise und der Aufbau des Fragebogens dargestellt.

4.1 Befragung

Die Daten der Befragung wurden im Zeitraum vom 27. März bis 23. April 2019 mittels Online-Fragebogen erhoben. Die Zielgruppe der Befragung waren klinisch tätige Logopädinnen und Logopäden, die in der Deutschschweiz in einer Institution mit Stroke Unit oder Stroke Center tätig sind. Die Einschlusskriterien waren eine mindestens zweijährige Berufserfahrung im klinischen Setting, sowie die aktuelle Tätigkeit im Bereich der akuten Aphasie. Logopädinnen und Logopäden, die in den vergangenen zwei Jahren in diesem Tätigkeitsfeld gearbeitet haben, aber aktuell nicht mehr in diesem Bereich tätig sind, wurden ebenfalls berücksichtigt.

Im Rahmen eines Newsletters der Organisation Aphasie Suisse wurden die Logopädinnen und Logopäden auf die Online-Befragung aufmerksam gemacht. Das E-Mail enthielt eine kurze Beschreibung der Bachelorarbeit, den Aufruf zur Teilnahme an der Befragung und einen Web-Link zum Fragebogen. Da den Verfasserinnen dieser Arbeit die Mitgliederliste von Aphasie Suisse nicht zur Verfügung stand, sollte sichergestellt werden, dass alle Logopädinnen und Logopäden der Zielgruppe erreicht werden. Weil nicht garantiert werden konnte, dass alle Logopädinnen und Logopäden den Newsletter von Aphasie Suisse abonniert und somit erhalten haben, wurden alle Leitungen der Logopädieabteilungen der Schweizer Stroke Center und Stroke Units von den Verfasserinnen der Arbeit zusätzlich per E-Mail angeschrieben, um auf die Befragung aufmerksam zu machen und zur Teilnahme aufzurufen. Gewisse Teilnehmende wurden damit doppelt auf die Online-Befragung hingewiesen. Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um die gleiche Bachelorarbeit handelt.

Der Online-Fragebogenanbieter Google Formulare registrierte am 23. April 2019 29 beantwortete Fragebögen.

4.2 Online-Fragebogen

Die Befragung wird mittels Online-Fragebogen von Google Formulare erstellt.

«Ein Fragebogen ist eine mehr oder weniger standardisierte Zusammenstellung von Fragen, die Personen zur Beantwortung vorgelegt werden mit dem Ziel, deren Antworten zur Überprüfung der den Fragen zugrunde liegenden theoretischen Konzepte und Zusammenhänge zu verwenden. Somit stellt ein Fragebogen das zentrale Verbindungsstück zwischen Theorie und Analyse dar» (Porst, 1998, S. 21).

Die Vorteile eines Online-Fragebogens liegen in der Minimierung des organisatorischen Aufwandes. Der elektronische Versand wie auch Rückversand sparen den Autorinnen dieser Arbeit, als auch den Teilnehmenden, Zeit und Geld. Auch das Abtippen der Daten bleibt bei einer Online-Befragung erspart, potenzielle Fehlerquellen können somit vermindert werden (vgl. Müller, 2013, S. 36). Bedacht werden muss, dass schriftliche Befragungen für die Teilnehmenden ein Mehr an Anstrengung erfordert (vgl. ebd. 38). Beim Fragebogen kann «der Fragende auf die Antworten der Befragten nicht unmittelbar reagieren [...]. Präzisierungen der Frage oder Nachfragen sind nicht möglich» (Altrichter & Posch, 2007, S. 167).

Die Befragung von klinisch tätigen Logopädinnen und Logopäden soll aufzeigen, inwiefern die herausgearbeiteten Qualitätsmerkmale (siehe Kapitel 3.2) in der Praxis zur Verfügung stehen. Der Hauptteil des Fragebogens erfragt somit die derzeitigen Arbeitsbedingungen im Arbeitsfeld der akuten Aphasie (Ist-Zustand). Die Bereitstellung der Rahmenbedingungen liegt in der Verantwortung der Institution als Arbeitgeberin, deshalb wird befragt, inwiefern die Arbeitgebenden die Qualitätsmerkmale zur Verfügung stellen. Abschliessend wird dem Formulieren von Wünschen und Vorstellungen bezüglich der Rahmenbedingungen Platz gegeben. Somit können die Logopädinnen ihre Vision (Soll-Zustand) darstellen.

Über einen Link können die Teilnehmenden zum Online-Fragebogen mit den zehn Fragen gelangen. Die Beantwortung nimmt ungefähr fünf bis zehn Minuten in Anspruch, je nachdem, ob und wie ausführlich das Kommentarfeld genutzt wird. Die Auswertung der Daten wird mittels Kreis- und Balkendiagrammen visualisiert.

Die Einleitung besteht aus einer Beschreibung der Umfrage und Anleitung zur Durchführung (siehe Anhang, S. vii). Die erste Frage dient zur Bestätigung der geforderten Arbeitserfahrung im Bereich der akuten Aphasie. Die Mehrheit der Fragen besteht aus Single-Choice-Fragen mit skalierten Antwortmöglichkeiten von «stimme nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme eher zu, stimme zu». Die Beantwortung der skalierten Fragen ist Pflicht. Die Kategorien lassen sich in eine hierarchische Reihe bringen, die den Grad an Zustimmung ausdrückt. Die Antworten lassen sich später quantitativ auswerten, mit dem Ziel, Unterschiede und Zusammenhänge aufzuzeigen (vgl. Müller, 2013, S. 6). Es wird bewusst eine gerade Skala verwendet, um das Ausweichen auf die Mittelkategorie zu vermeiden. Somit wird den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich bewusst in der Mitte einzustufen, genommen (vgl. Porst, 1998, S. 29).

Bei einer geschlossenen Frage muss sich die Person für eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden. Dies hat den Vorteil, dass sie schneller beantwortet ist, birgt jedoch die Gefahr, dass sich die befragte Person in den Antwortmöglichkeiten nicht wiederfindet. Die offenen Fragen geben der befragten Person wiederum die Möglichkeit, die Antwort in eigenen Worten zu formulieren (vgl. Porst, 1998, S. 25). Deshalb wird den Teilnehmenden neben den geschlossenen Fragen ein Kommentarfeld zur Verfügung gestellt, welches später qualitativ ausgewertet werden kann. Das Ausfüllen der Kommentarfelder ist freiwillig. Die Antworten der

Logopädinnen und Logopäden in den Kommentarfeldern haben eine hohe Alltags- und Realitätsnähe (vgl. Kohler, 2016, S. 87).

Als Vorsorge gegen Fehler haben die Autorinnen der Arbeit einen Vortest durchgeführt, an dem einige Logopädinnen und Logopäden teilnahmen, die nicht zur Zielgruppe gehören. Dieser hat zum Ziel, die Qualität der Forschungsinstrumente, in diesem Falle des Online-Fragebogens zu verbessern (vgl. Müller, 2013, S. 36). Die Verbesserungshinweise bezüglich einigen Umformulierungen und erweiterten Antwortmöglichkeiten sind umgesetzt worden.

4.3 Aufbau des Fragebogens

Im Folgenden wird der Aufbau des Fragebogens dargestellt. Aus Gründen der Handhabbarkeit und Ästhetik wird auf eine einheitliche Präsentation von Formulierungen geachtet (vgl. Porst, 1998, S. 33).

Die Voraussetzung für die Teilnahme ist die Arbeit im Bereich der akuten Aphasie. Deshalb wird in der ersten Frage erhoben, ob die Teilnehmenden tatsächlich aktuell oder in den vergangenen zwei Jahren im Akutbereich gearbeitet haben.

0. Im Kontext der akuten Aphasie... *

Bitte nehmen Sie nur an der Befragung teil, wenn Sie mindestens 2 Jahre Berufserfahrung im Spital haben.

☐ arbeite ich derzeit.

☐ habe ich in den zurückliegenden zwei Jahren gearbeitet und arbeite jetzt nicht mehr in diesem Kontext.

Mein Kommentar, warum ich mich bewusst für / gegen das Arbeitsgebiet im Akutspital entschieden habe:

Langantwort-Text

Abbildung 7: Frage 0 «Im Kontext der akuten Aphasie» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Die herausgearbeiteten Qualitätsmerkmale wurden zu Hypothesen von «good practice» umformuliert (siehe Kapitel 3.2), um den Ist-Zustand in der Arbeit der klinisch tätigen Logopädin und des klinisch tätigen Logopäden zu erfassen. Die erste Hypothese für «good practice» lautet: **Der Arbeitgeber (die Institution, in welcher die Logopädin oder der Logopäde arbeitet) sorgt für eine gute personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für die Arbeit.** Die acht Hypothesen richten sich an die Institution als Arbeitgeberin, welche in der Verantwortung für die Bereitstellung der Rahmenbedingungen ist. Diese sollen «good practice» auf Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene ermöglichen. Die Hypothesen werden so umformuliert, damit die teilnehmenden Logopädinnen und Logopäden sich mit diesen identifizieren und ihren Grad an Zustimmung ausdrücken können.

Als Beispiel wird nachfolgend die erste Hypothese dargestellt.

1. Mein Arbeitgeber (die Institution, in welcher ich arbeite) sorgt für eine gute ^{*} personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für meine Arbeit.

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar/ ungenügend bei...

Langantwort-Text

Abbildung 8: Frage 1 «Ausstattung» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Bei den Fragen zwei bis acht wurde gleichermassen vorgegangen. Die Hypothesen zu «good practice» aus dem Kapitel 3.2 wurden so formuliert, dass die teilnehmenden Logopädinnen und Logopäden sich mit ihnen identifizieren und ihren Grad an Zustimmung ausdrücken können. Der ganze Fragebogen ist im Anhang unter I.IV einzusehen.

Da sich die Suche nach hausinternen Leitlinien als unergiebig erwiesen hat, stellte sich den Autorinnen die Frage, wieso solche hausinternen Vorgaben oder Empfehlungen nicht bestehen. Des Weiteren fragten sie sich, inwiefern überhaupt das Bedürfnis nach solchen besteht. Deshalb wurde der Hypothese, dass ein solches Bedürfnis nicht besteht, mit den folgenden Fragen (9a-9c) nachgegangen. Die Autorinnen wollten herausfinden, inwiefern die Logopädinnen und Logopäden bereits nach hausinternen Leitlinien zur Aphasiebehandlung handeln und ob ein Bestehen solcher Leitlinien erwünscht wäre.

9a.) Es wird nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im ^{*} Bereich der Aphasiebehandlung gehandelt.

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, aber es bestehen solche.
- ☐ Nein, denn es existieren keine.

9b.) Es besteht das Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben ^{*} /Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung.

- ☐ Ja.
- ☐ Nein.
- ☐ Es bestehen bereits hausinterne Leitlinien.

Abbildung 9: Fragen 9a und 9b «hausinterne Empfehlungen» (Meier & Wiederkehr, 2019)

9c.) Für die Erarbeitung von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien ^{*} im Bereich der Aphasiebehandlung (abgesehen von den Leitlinien von Aphasie Suisse, CPLOL, ASHA...) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

- ☐ stimme nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme zu
- ☐ betrifft mich nicht*

Mein Kommentar/ *es betrifft mich nicht, weil...

Langantwort-Text

Abbildung 10: Frage 9c «Erarbeitung von hausinternen Leitlinien» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Mit der letzten Frage haben die Logopädinnen und Logopäden die Möglichkeit, Lösungswege aufzuzeigen. Die Teilnehmenden können Ihre Vorstellungen und Wünsche darlegen, inwiefern mehr Qualität in der Aphasiebehandlung erreicht werden könnte. Es soll der Frage nachgegangen werden, was sich die Logopädinnen und Logopäden wünschen, was sich ändern möge (Soll-Zustand).

10. Was wäre Ihre Vision, um ein Mehr an Qualität bezüglich der Rahmenbedingungen im Bereich der akuten Aphasiebehandlung zu erreichen? Wer sollte was tun?

Langantwort-Text

Abbildung 11: Frage 10 «Vision» (Meier & Wiederkehr, 2019)

5. Ist-Zustand im Arbeitsfeld der akuten Aphasie

In diesem Kapitel werden die Resultate der Online-Befragung dargestellt. Einerseits werden die Angaben der Single-Choice-Fragen als Diagramme abgebildet, andererseits die Aussagen in den Kommentarfeldern miteinbezogen.

Bei den Balkendiagrammen (vgl. Abbildungen 13 – 20) steht die Kategorie 1 jeweils für «stimme nicht zu», die Kategorie 2 für «stimme eher nicht zu», die Kategorie 3 bedeutet «stimme eher zu» und die Kategorie 4 «stimme zu».

0. Im Kontext der akuten Aphasie...

29 responses



Abbildung 12: Grafik zur «Arbeit im Kontext der akuten Aphasie» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Die Mehrheit der 29 Teilnehmenden arbeitet derzeit im Arbeitsfeld der akuten Aphasie. Sie begründen ihre Wahl für dieses Arbeitsfeld damit, dass die Arbeit abwechslungsreich, herausfordernd und interessant ist, sowie die interdisziplinäre, multiprofessionelle Arbeit als spannend erlebt wird. Auch die eine teilnehmende Person, die in den zurückliegenden zwei Jahren im Kontext der akuten Aphasie gearbeitet hat, beschreibt das Arbeitsfeld als spannend, abwechslungsreich und die Arbeit mit dem Klientel als interessant. Sie begründet nicht, weshalb sie nicht mehr in diesem Kontext arbeitet.

1. Mein Arbeitgeber (die Institution, in welcher ich arbeite) sorgt für eine gute personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für meine Arbeit.

29 responses

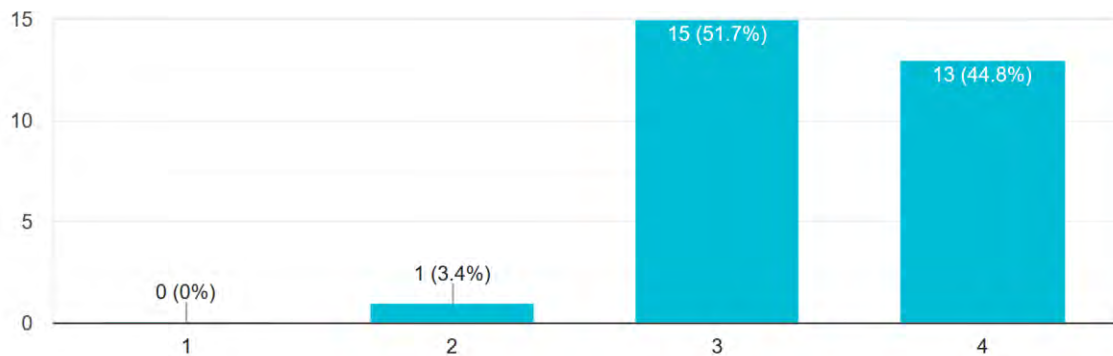


Abbildung 13: Grafik zur «Ausstattung» (Meier & Wiederkehr, 2019)

13 der Teilnehmenden (circa 45 %) geben an, dass sie zustimmen (Kategorie 4), dass der Arbeitgebende für eine gute Ausstattung sorgt. Weitere 15 Teilnehmende (rund 52%) stimmen der Aussage zur Ausstattung eher zu (Kategorie 3). Sechs Logopädinnen und Logopäden geben an, dass personelle, räumliche und materielle Ressourcen fehlen. Ausserdem werden zu geringe finanzielle Ressourcen für Fortbildung und fehlende technische Geräte bemängelt. Eine Person stimmt der Aussage eher nicht zu (Kategorie 2). Sie gibt an, dass personelle Ressourcen knapp und sprachtherapeutische Räumlichkeiten weit weg von den anderen therapeutischen Räumlichkeiten sind, sowie, dass es an apparativen Möglichkeiten mangelt. Niemand stimmt der Aussage nicht zu (Kategorie 1).

2. Mein Arbeitgeber unterstützt meine Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen.

29 responses

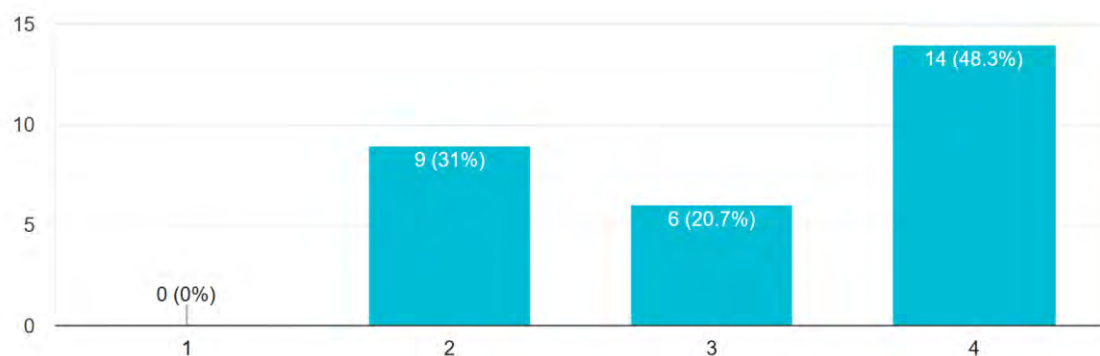


Abbildung 14: Grafik zu «Interventionen, Supervisionen, sowie Fort- und Weiterbildungen» (Meier & Wiederkehr, 2019)

14 Teilnehmende, das entspricht nahezu 50 Prozent, stimmen zu, dass die Institution die Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen unterstützt. Sechs Teilnehmende stimmen der Aussage eher zu. Vier bemängeln die finanziellen Ressourcen. Kritisiert werden zudem die fehlenden zeitlichen Ressourcen für Inter- und Supervision, sowie eine beschränkte Kurskostenübernahme durch den Arbeitgebenden. «Die Finanzierung wird nur teilweise gedeckt» (Teilnehmende 23, S. xiv). Eine Person kritisiert, dass sie Interventionen privat organisieren muss. Neun Logopädinnen und Logopäden (31 %) stimmen eher nicht zu, dass die Institution sie bezüglich Inter- und Supervisionen, sowie Fort- und Weiterbildungen unterstützt. Begründet wird dies dadurch, dass gewisse Weiterbildungen und Inter- und Supervisionen in der Freizeit stattfinden. Hinzu kommt, dass die fachliche Schulung des sprachtherapeutischen Personals nicht in der Institution selbst stattfindet, das heisst keine Intervention sowie Supervision erfolgen. Es wird zudem bemängelt, dass Ausbildungen im Ausland vom Arbeitgebenden nicht finanziert werden. Die Kategorie 1 «stimme nicht zu» wird nicht ausgewählt.

3. Für die fallbezogene Recherche stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit und Mittel zur Verfügung.

29 responses

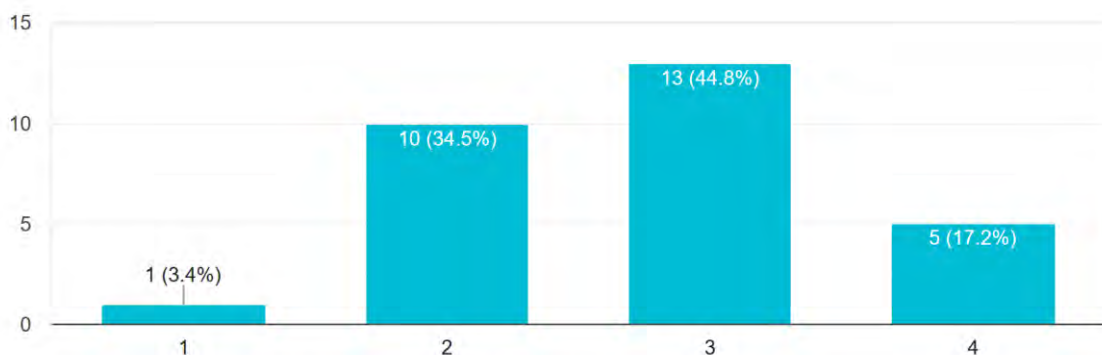


Abbildung 15: Grafik zur «fallbezogenen Recherche» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Fünf Teilnehmende (rund 17 %) stimmen zu, dass genügend Zeit für die fallbezogene Recherche zur Verfügung steht. Das Einplanen von Zeit liege in Eigenverantwortung der Logopädinnen und Logopäden selbst. Circa 45 Prozent der befragten Personen geben an, eher zuzustimmen. Es wird mehrfach kritisiert, dass je nach Patientenanzahl keine Zeit für die Recherche bleibt. Die Teilnehmenden kritisieren, dass vor allem in strengen Arbeitsphasen die zeitlichen Ressourcen für die fallbezogene Recherche nicht vorhanden sind und auf Überzeit gemacht werden muss. Die Arbeit auf Überzeit soll jedoch laut Arbeitgebendem vermieden werden. Eine Person merkt an, dass erwünscht sei, dass differenziertere Recherchen als persönliche Weiterbildung zuhause oder extern erfolgen. Eine andere gibt an, dass die Logopädinnen und Logopäden untereinander die Zeit für Recherche selbständig einteilen müssen.

Rund 35 Prozent (zehn Teilnehmende) stimmen eher nicht zu, dass sie genügend Zeit für die Recherche haben. Sie bemängeln, dass keine oder zu wenig Zeit für die Recherche zur Verfügung steht. Da nur 15 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit pro Patient bezahlt sind, ist der Zeitdruck gross. Jemand beanstandet, dass die Zeitressource zur Betreuung von ambulanten Klienten nicht ausreicht und deshalb zu Lasten des stationären Klientels geht. Eine Person stimmt nicht zu, dass die zur Verfügung stehende Zeit für die fallbezogene Recherche reicht. Sie bemängelt, «es gibt für 11-12 Therapien am Tag insgesamt einmalig 15 Min./ d Vorbereitungszeit, da bleibt keine Zeit für Recherche, obwohl die Mittel da wären» (Teilnehmende 1, S. xv).

4. Mein Arbeitsgeber unterstützt ein Therapiesetting, das partnerschaftliche Therapieentscheide mit den Primärbetroffenen (PB) und Sekundärbetroffenen (SB) ermöglicht.

29 responses

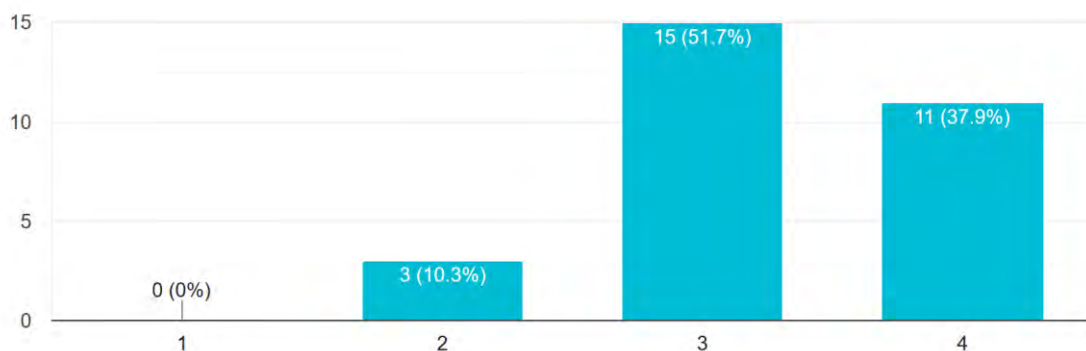


Abbildung 16: Grafik zu «partnerschaftlichen Therapieentscheiden» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Rund 38 Prozent der befragten Logopäden und Logopädinnen (elf Teilnehmende) stimmen zu, dass der Arbeitgebende ein Setting für partnerschaftliche Therapieentscheide unterstützt. 15 Teilnehmende (rund 52%) stimmen eher zu. Drei Personen (circa 10 %) stimmen eher nicht zu und bemängeln, dass nur ungenügend Zeit für den Einbezug der Primär- und Sekundärbetroffenen bleibt. Ausserdem wird angemerkt, dass kein Setting für Angehörigengespräche zur Verfügung steht, weshalb die Organisation solcher Gespräche an der Logopädin oder dem Logopäden hängenbleibt. Die Kategorie 1 «stimme nicht zu» wird nicht angewählt.

5. Für den Einbezug des Lebenskontextes (Teilhabe, Aktivität) in die Therapieplanung stellt mir mein Arbeitgeber genügend Ressourcen zur Verfügung.

29 responses

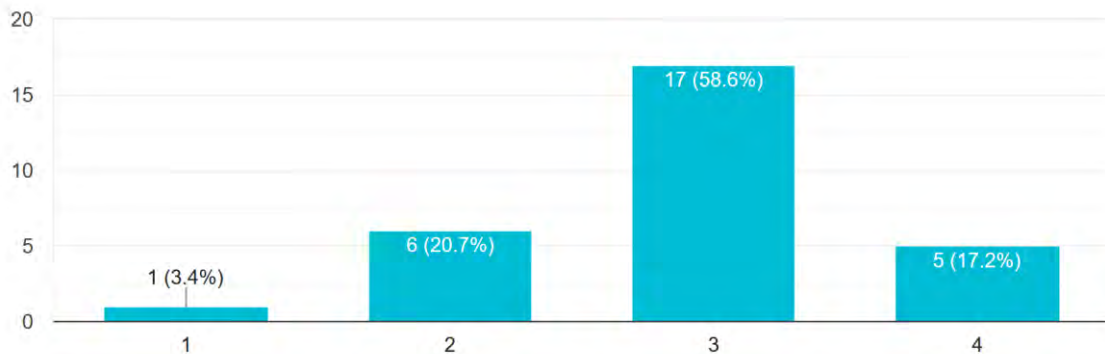


Abbildung 17: Grafik zum «Einbezug des Lebenskontextes» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Fünf der befragten Logopädinnen und Logopäden (ca. 17 %) geben an, dass sie zustimmen, dass ihnen genügend Ressourcen für den Einbezug des Lebenskontextes zur Verfügung gestellt werden. Eine Teilnehmende klärt auf, dass das Erfassen des Kontextes «auf Akut-Abteilung (Stroke- Unit und alle anderen Abteilungen) weniger umsetzbar, aber auch (noch) nicht im Vordergrund» steht (Teilnehmende 22, S. xvii). Die Mehrheit mit 59 Prozent (17 Teilnehmende) stimmen der Aussage eher zu. Sie erklären, dass der Einbezug des Kontextes in der Akutphase oft gar noch nicht möglich ist. Ausserdem sei zu wenig Zeit dafür vorhanden. Es wird zudem angemerkt, dass in der Akutphase der Einbezug des Lebenskontextes nicht im Vordergrund steht, sondern vor allem die Kommunikation mit dem Pflegepersonal sehr wichtig ist, damit das Klientel seine Grundbedürfnisse äussern kann. Sechs Teilnehmende (rund 21%) stimmen eher nicht zu und begründen dies mit den fehlenden zeitlichen Ressourcen. Zudem wird der Zeitdruck seitens des Arbeitgebenden und der Krankenkassen erwähnt. Es wird bemängelt, dass der Kontext nur mit zusätzlichem Zeitaufwand erfasst werden kann. Eine Person stimmt nicht zu, dass genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Sie bemängelt, dass der Kontext (Teilhabe, Aktivität) zwar erfragt wird, die Therapiezeit jedoch nicht ausreicht, um den Kontext aktiv in die Therapie miteinzubeziehen. Die Therapie wird dann je nachdem an Logopädinnen und Logopäden abgegeben, die Domiziltherapie anbieten.

6. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zielsetzung und gemeinsame Aktionen) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses

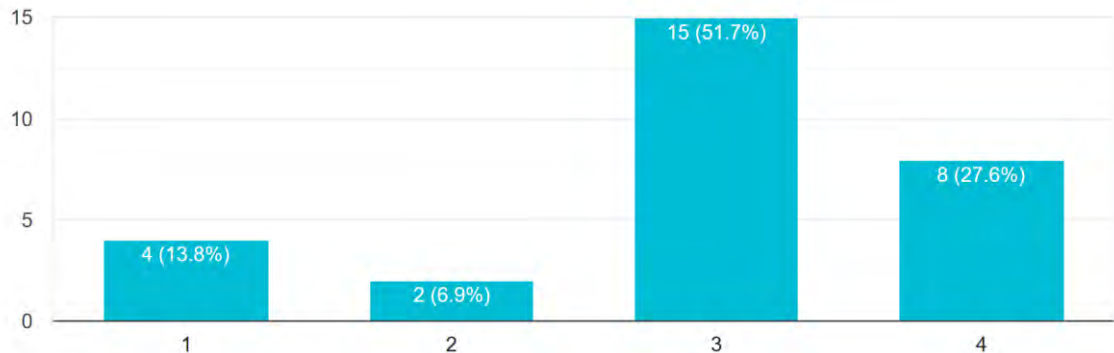


Abbildung 18: Grafik zur «interdisziplinären Zusammenarbeit» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Acht Teilnehmende (rund 28 %) stimmen zu, dass für die interdisziplinäre Arbeit genügend Zeit vorhanden ist. Eine Person berichtet, dass täglich ein 30-minütiger Strokerapport, sowie einmal wöchentlich ein HNO-, ein Dysphagie- und ein Neurochirurgierapport, sowie einmal monatlich ein Phoniatrierapport stattfindet. 52 Prozent der befragten Logopädinnen und Logopäden (15 Teilnehmende) geben an, dass sie der Aussage eher zustimmen. Die angegebenen Zahlen von Frequenz und Dauer der interdisziplinären Zeitgefässe variieren stark (vgl. S. xviii f.). Eine Person teilt mit, dass bei ihnen täglich ein 15-minütiger Strokerapport, wöchentlich ein 30-minütiger Intensivstationsrapport, sowie ein 30-minütiger Neurorapport stattfindet. Andere berichten von 60- bis 90-minütigen wöchentlichen Neurorapporten. Zwei Teilnehmende stimmen eher nicht zu, dass ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Jemand teilt mit, dass einmal wöchentlich ein Neurorapport stattfindet. Eine Teilnehmende relativiert: «Wir sind auf sehr vielen unterschiedlichen Stationen unterwegs. Es ist weder möglich, noch sinnvoll, an allen Rapporten dabei zu sein, da wir teilweise nur vereinzelt Patienten auf einer Station haben» (Teilnehmende 16, S. xix). Vier Teilnehmende (rund 14 %) stimmen nicht zu, dass für die interdisziplinäre Zusammenarbeit genügend Zeit zur Verfügung gestellt wird. «Ist nicht nur ein Zeitproblem, bei uns primär ein Strukturproblem: Interprofessionelle Rapporte gibt es auf Wunsch der Pflege seit Jahren nur noch auf der Akutgeriatrie. Es gibt kein Gefäss für den mündlichen Austausch» (Teilnehmende 4, S. xviii). Es wird ausserdem bemängelt, dass der Grossteil des Austausches zwischen Tür und Angel oder schriftlich stattfindet. Zudem wird kritisiert, dass gemeinsame Aktionen an Primärbetroffenen nicht vorgesehen sind.

7. Für die fallbezogene Dokumentation (Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, Therapieziele und interdisziplinäre Zusammenarbeit) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses

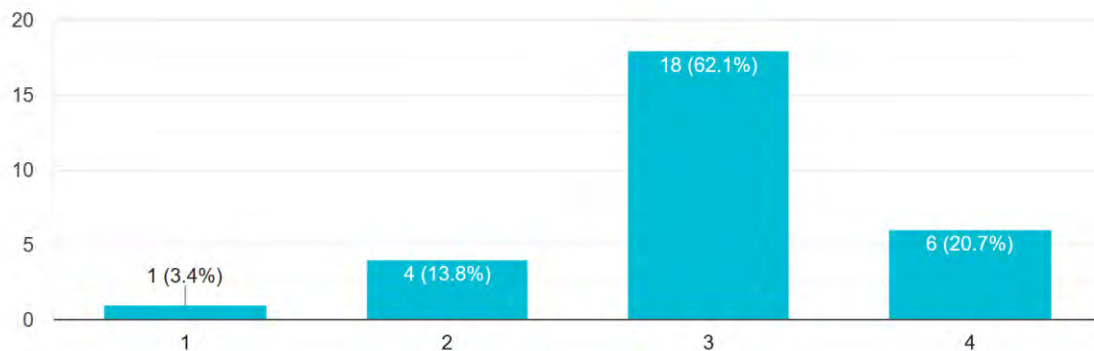


Abbildung 19: Grafik zur «fallbezogenen Dokumentation» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Sechs Logopädinnen und Logopäden (rund 21 %) stimmen zu, dass für die fallbezogene Dokumentation genügend Zeit vorhanden ist. 18 Teilnehmende (circa 62 %) geben an, der Aussage eher zuzustimmen. Die zeitlichen Ressourcen seien zu knapp, bemängeln mehrere. «Pro Patient stehen jeweils 15 Min. dafür bezahlt zur Verfügung» (Teilnehmende 20, S. xx). Andere betonen, «Dokumentation benötigt viel Zeit» (Teilnehmende 10, S. xx). Wer länger als 15 Minuten für die Dokumentation pro Patient hat, kann dies nicht verrechnen. Die Teilnehmenden geben an, dass die Zeit für das Dokumentieren vor allem vom Arbeitsaufkommen abhängt. In strengen Phasen bleibt nicht genügend Zeit für die Dokumentation. Eine Person erklärt, dass die Zeit gut eingeteilt werden muss, damit genügend abrechenbare Einheiten pro Tag erreicht werden. Da pro Tag 70-80 Prozent der Einheiten abrechenbar sein müssen, besteht ein enormer Zeitdruck. «Diese Administrationszeit dürfen wir selber einteilen, grundsätzlich aber - wie schon erwähnt - besteht der Wunsch, möglichst viel abrechenbare Arbeitszeit zu haben und möglichst keine Überstunden zu machen» (Teilnehmende 23, S. xx). Vier Teilnehmende (circa 14 %) stimmen eher nicht zu, für die Dokumentation genügend Zeit zu haben. Auch hier wird verdeutlicht, dass der Zeitdruck von der Belastung abhängt und je nach Patientenzahl kaum Zeit für die Dokumentation bleibt. Eine befragte Person stimmt der Aussage nicht zu und kritisiert, «für die oben erwähnten 11 bis 12 Pat./ d, erhalten wir derzeit im Schnitt 30 Min./ die Ein- und Austrittsberichte inbegriffen. Das ist viel zu wenig Zeit» (Teilnehmende 1, S. xx).

8. Für die regelmässige Evaluation der Therapie (Verlaufsdagnostik, Zweck und Wirksamkeit) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses

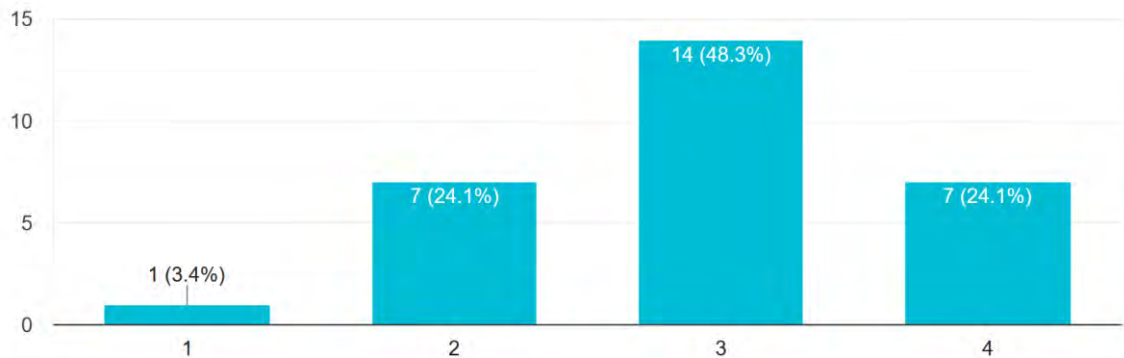


Abbildung 20: Grafik zur «Evaluation der Therapie» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Rund 24 Prozent der Teilnehmenden (sieben Logopädinnen und Logopäden) stimmen zu, genügend Zeit für die Evaluation der Therapie zu haben. Ungefähr 48 Prozent (14 Teilnehmende) stimmen der Aussage eher zu. Hier wird erwähnt, dass die Diagnostik in der Akutphase nicht im Vordergrund steht, da der Klient meist nur eine kurze Zeit im Akutspital verweilt. «Bei 3 Tagen Aufenthaltsdauer ist eine tägliche Verlaufsdagnostik oft nicht sinnvoll: In der Akutphase ist meiner Erfahrung nach erst mal Zeit für Unterstützung/Ermutigung in die noch vorhandenen Fähigkeiten sinnvoll, nicht ständig Konfrontation mit den Defiziten» (Teilnehmende 4, S. xxi). Weitere 24 Prozent der Logopädinnen und Logopäden stimmen eher nicht zu, dass ihnen genügend Zeit für das Evaluieren zur Verfügung gestellt wird. Sie bemängeln, dass keine Zeitressourcen dafür vorhanden sind. Eine Person gibt an, dass wer mehr Zeit als 15 Minuten pro Tag für die Dokumentation, Recherche und Evaluation braucht, diese nicht verrechnen kann. Deshalb müssen diese während der Therapieeinheit stattfinden. Eine weitere Person stimmt der Aussage nicht zu und bemängelt, dass trotz Wissens des Arbeitgebenden um die Zeitknappheit, nicht mehr Zeit für die Evaluation zur Verfügung gestellt wird.

9a.) Es wird nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung gehandelt.

29 responses

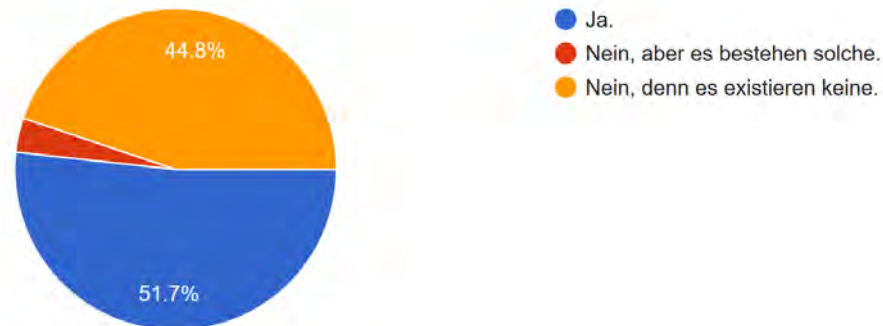


Abbildung 21: Grafik zum «Handeln nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Rund 52 Prozent der Befragten (15 Teilnehmende) geben an, dass hausinterne Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung bestehen. Eine Teilnehmerin gibt an, dass nicht nach hausinternen Empfehlungen gehandelt wird, obwohl solche bestehen. Ungefähr 45 Prozent (13 Logopädinnen und Logopäden) hingegen antworteten, dass keine solchen Empfehlungen existieren.

9b.) Es besteht das Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung.

29 responses

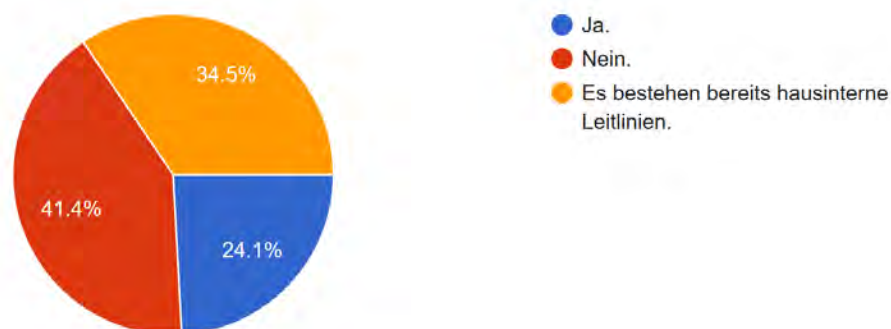


Abbildung 22: Grafik zum «Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Rund 24 Prozent der Teilnehmenden (sieben Personen) geben an, dass ein Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung besteht. Vier dieser sieben Teilnehmenden haben ein Bedürfnis nach Empfehlungen, da keine solchen

in ihrer Institution bestehen. Drei Personen haben ein Bedürfnis nach Empfehlungen, obwohl bereits solche vorhanden sind.

Circa 41 % der Logopädinnen und Logopäden (12 Teilnehmende) antworten, dass kein Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen besteht. Von diesen zwölf Personen, geben drei an, dass bereits hausinterne Leitlinien bestehen. Neun dieser zwölf Personen haben kein Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen, obwohl keine solchen zur Verfügung stehen. Das bedeutet, dass obwohl keine hausinternen Leitlinien bestehen, das Bedürfnis nach solchen nicht vorhanden zu sein scheint. Die Logopädinnen und Logopäden geben an, dass Empfehlungen für die Akutphase aufgrund der schwankenden Symptomatik und der Begleitstörungen nicht sinnvoll erscheinen. Relevanter seien Leitlinien für die Behandlung von Dysphagie. Eine weitere Person erklärt, dass die transparente Arbeit in ihrem kleinen Team ein Verfassen von Leitlinien überflüssig macht.

Rund 35 % der befragten Personen (zehn Teilnehmende) geben auf die Frage nach dem Bedürfnis nach Empfehlungen an, dass bereits solche existieren. Dies lässt vermuten, dass bei diesen Logopädinnen und Logopäden kein Bedürfnis besteht. Ob das Bedürfnis bereits durch hausinterne Empfehlungen gedeckt ist, lässt sich aus diesen Antwortmöglichkeiten nicht schliessen.

9c.) Für die Erarbeitung von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben /Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung (abgesehen von den Leitlinien von Aphasie Suisse, CPLOL, ASHA...) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses

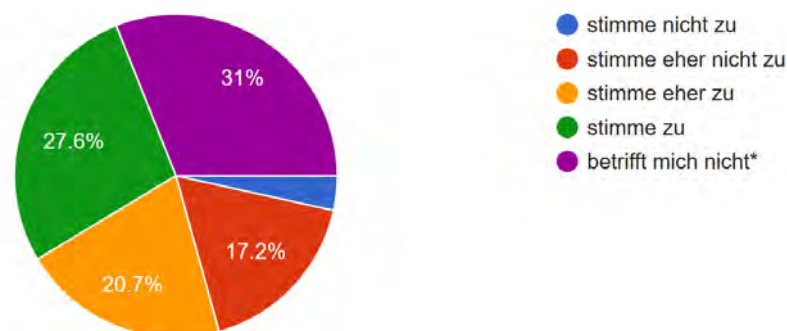


Abbildung 23: Grafik zum «Erarbeiten von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien» (Meier & Wiederkehr, 2019)

Eine Person stimmt nicht zu, dass für das Erarbeiten von Leitlinien ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt wird. Sie bemängelt, dass dies nicht im Interesse des Arbeitgebenden liege,

da die Erarbeitung solcher Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien nicht lukrativ sei. Rund 17 Prozent (fünf Personen) geben an, dass sie der Aussage eher nicht zustimmen. Circa 58 Prozent der befragten Logopädinnen und Logopäden (17 Teilnehmende) stimmen zu oder eher zu, dass ihnen genügend Zeit für das Erarbeiten von hausinternen Empfehlungen zur Verfügung steht. An dieser Stelle erwähnt eine Person, dass dafür Zeit genommen werde, wenn die Erarbeitung als sinnvoll und notwendig empfunden wird. 31 Prozent (neun Teilnehmende) antworten, dass sie die Erarbeitung von hausinternen Empfehlungen nicht betrifft. Eine Person gibt dazu an, dass sie keinen Auftrag dazu hat, sich jedoch für qualifiziert einschätzt, solche zu erlassen. Eine andere merkt an, dass aktuell keine solchen Leitlinien angedacht oder erwünscht sind. Ein weiterer Kommentar lautet, dass Leitlinien in der Arbeit mit Akutaphasiepatienten nicht greifen und erst im postakuten Stadium richtig zur Geltung kommen würden.

10. Was wäre Ihre Vision, um ein Mehr an Qualität bezüglich der Rahmenbedingungen im Bereich der akuten Aphasiebehandlung zu erreichen? Wer sollte was tun?

Visionen zur Strukturqualität

Eine Person wünscht sich geeignete Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit. Diesbezüglich fordert sie auch ein Bekenntnis seitens der Organisation und Institution bezüglich eines Leitbildes, sowie eines Führungsleitbildes und einer Führungskultur.

Mehrfach werden mehr finanzielle Ressourcen gefordert. Vor allem die Zeit ohne den Patienten muss finanziert sein.

Es besteht ein grosser Wunsch nach grosszügigeren Zeitressourcen. Die Logopädinnen und Logopäden wünschen sich mehr Gesprächsforen und Evaluationen innerhalb des Fachbereichs. Ausserdem sind Gesprächsfenster und Evaluationen im interdisziplinären Therapieteam erwünscht. Es bedarf zudem an mehr Zeit, damit eine ausführliche Übergabe an die weiterführende Institution möglich wird. Ferner wird mehr Zeit für die Organisation und Durchführung von Angehörigengesprächen und Beratungen gefordert. Es besteht zudem das Bedürfnis nach weniger unnötigen Administrationszeit, damit mehr Zeit für die Arbeit an der betroffenen Person bleibt.

Die Teilnehmenden wünschen sich mehr räumliche Ressourcen. Eine Person äussert ein Bedürfnis nach mehr Verdichtung. Sie fordert eine nahe räumliche Anordnung aller Teammitglieder. Mehrere Teilnehmende erwarten Einzelzimmer oder Therapieräume auf jeder Station, um mit den betroffenen Personen in Ruhe arbeiten zu können.

Mehrmals wird das Anliegen nach grosszügigeren materiellen Ressourcen geäussert. Eine Person fordert standardisierte Abklärungsmaterialien, eine andere einen modernen Ersatz des Aachener Aphasie Tests. Des Weiteren werden stabile, dauerhaft supportete Apps gewünscht. Es wird ein Mehr an personellen Ressourcen bei hoher Bettenbelegung und fluktuierender Patientenanzahl gefordert, um eine Kontinuität der Logopädinnen und Logopäden zu gewährleisten.

Darüber hinaus wird der Wunsch nach einer besseren Ausbildung der Praktikantinnen und Praktikanten geäussert.

Viele Teilnehmende wünschen sich eine bessere Stellung der Logopädie in der Institution. Sie streben nach einem höheren Stellenwert des Berufes innerhalb der Therapien und wollen weg vom Vergleich mit funktionell orientierten Therapien.

Die Teilnehmenden fordern mehr Eigenverantwortung der Logopädinnen und Logopäden, flache Hierarchien und eine integrative Führung. Zudem wird eine Sensibilisierung der Ärzteschaft und Krankenkassen angestrebt.

Es besteht ein Bedürfnis an Ressourcen für ein interdisziplinäres Erarbeiten effektiver Handlungsempfehlungen. Ausserdem wird ein Mehr an Ressourcen für einen intradisziplinären Arbeitszirkel angestrebt, welcher praxisnahe Qualitätsleitlinien erarbeiten kann und dafür angemessen entlohnt wird.

Visionen zur Prozessqualität

Es bedarf eines interprofessionellen Austausches mit Neurologinnen und Neurologen, sowie mit anderen Fachdisziplinen. Ausserdem sind interdisziplinäre Fallbesprechungen, als auch das multiprofessionelle und intradisziplinäre Arbeiten am Patienten erwünscht. Die Teilnehmenden fordern, dass Primärbetroffene bereits vor der Therapie durch die Pflege oder Physiotherapie gut gelagert werden. Zudem wünschen sich die Logopädinnen und Logopäden ein Gefäss, das eine ausführliche Übergabe an die weiterführende Institution ermöglicht.

Ausserdem fordern die Teilnehmenden, dass erarbeitete Richtlinien/Empfehlungen (Schulungen, Papers etc.) weitergegeben werden.

Visionen zur Ergebnisqualität

Die Logopädinnen und Logopäden wünschen sich mehr Evaluationen innerhalb des Fachbereichs, sowie im interdisziplinären Therapieteam, damit die Therapieziele und -fortschritte gemeinsam reflektiert und besprochen werden können. Zudem besteht ein Bedürfnis nach mehr Angehörigengesprächen und Beratung, um die Therapiefortschritte besprechen zu können und die Sekundärbetroffenen angemessen in die Therapie einzubeziehen und anzuleiten.

6. Vergleich des Ist- und Soll-Zustandes

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung interpretiert sowie die Fragestellung der Bachelorarbeit beantwortet. Abschliessend wird eine Vision von «good practice» im Arbeitsfeld der akuten Aphasie beschrieben.

6.1 Überprüfung von «good practice» in der Praxis

Die Qualitätsmerkmale wurden im Kapitel 3.2 als Hypothesen für «good practice» in der Aphasiebehandlung formuliert. Mittels Online-Befragung wurde eine Bestandesaufnahme zur Umsetzung dieser Merkmale in der Praxis gemacht. Nachfolgend wird dargestellt, ob die Qualitätsmerkmale im Arbeitsfeld der akuten Aphasie gut (80-100 % Zustimmung)², genügend (60-80 %) oder mangelhaft (0-60 %) umgesetzt werden.

1-Der Arbeitgeber (die Institution, in welcher die Logopädin oder der Logopäde arbeitet) sorgt für eine gute personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für die Arbeit.

Rund 97 Prozent der befragten Logopädinnen und Logopäden stimmen zu oder eher zu, dass sie der Arbeitgebende bezüglich der personellen, räumlichen, materiellen und apparativen Ausstattung ausreichend unterstützt. Einige Mängel bezüglich fehlender personeller, materieller oder finanzieller Ressourcen werden als Hemmnisse angebracht. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **gut** umgesetzt.

2-Der Arbeitgeber unterstützt die Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen.

Rund 69 Prozent der Teilnehmenden stimmen zu oder eher zu, dass der Arbeitgebende die Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen unterstützt. Circa 31 Prozent stimmen allerdings eher nicht zu, dass sie diesbezüglich genügend unterstützt werden. Sie bemängeln die geringe finanzielle Unterstützung durch die Institutionen. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **genügend** umgesetzt. In diesem Bereich können die Institutionen die Arbeitnehmenden durch mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen besser unterstützen.

3-Für die fallbezogene Recherche, Planung und Evaluation stellt der Arbeitgeber genügend Zeit und Mittel zur Verfügung.

Rund 62 Prozent der Teilnehmenden stimmen zu oder eher zu, dass der Arbeitgebende für die fallbezogene Recherche, Planung und Evaluation genügend Zeit und Mittel zur Verfügung

² Diese Einstufung entspricht dem Notensystem in der Schweiz (vgl. <https://www.swissuniversities.ch/de/hochschulraum/bildungssystem-der-schweiz/notensystem/>).

stellt. Circa 38 Prozent stimmen hingegen eher nicht oder nicht zu, dass sie diesbezüglich genügend Zeit erhalten. Sie bemängeln das zu kleine Zeitfenster, das dafür zur Verfügung gestellt wird. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **genügend** umgesetzt. Um im Bereich der fallbezogenen Recherche, Planung und Evaluation von «good practice» sprechen zu können, muss die Institution mehr zeitliche Ressourcen hierfür zur Verfügung stellen.

4-Der Arbeitgeber unterstützt ein Therapiesetting, das partnerschaftliche Therapieentscheide mit den Primärbetroffenen (PB) und Sekundärbetroffenen (SB) ermöglicht.

Circa 90 Prozent der Teilnehmenden stimmen zu oder eher zu, dass die Institution partnerschaftliche Therapieentscheide unterstützt. Circa 10 Prozent stimmen andererseits eher nicht oder nicht zu und kritisieren, dass nicht ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt wird. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **gut** umgesetzt.

5-Für den Einbezug des Lebenskontextes (Teilhabe, Aktivität) in die Therapieplanung stellt der Arbeitgeber genügend Ressourcen zur Verfügung.

Circa 76 Prozent der Teilnehmenden stimmen zu oder eher zu, dass der Arbeitgebende für den Einbezug des Lebenskontextes hinreichend Ressourcen zur Verfügung stellt. Rund 24 Prozent stimmen allerdings eher nicht oder nicht zu, dass sie dafür genügend Ressourcen erhalten. Die Logopädinnen und Logopäden bemängeln, dass das Erfassen des Kontextes nur unter erheblichem Zeitaufwand möglich ist. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **genügend** umgesetzt. Damit in diesem Bereich von «good practice» gesprochen werden kann, müssen die Arbeitgebenden mehr Zeitressourcen zur Verfügung stellen. Es scheint jedoch fraglich, inwiefern der Einbezug des Lebenskontextes in der Akutphase überhaupt schon als relevant bezeichnet werden kann. Es wird von den Teilnehmenden mehrfach angemerkt, dass die Erfassung der Aktivität und Teilhabe nicht als Priorität erachtet wird und erläutert, dass der Einbezug des Kontextes in der Akutphase nicht im Vordergrund steht.

6-Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zielsetzung und gemeinsame Aktionen) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Ungefähr 79 Prozent der Teilnehmenden stimmen zu oder eher zu, dass die Institution für die interdisziplinäre Zusammenarbeit genügend Zeit zur Verfügung stellt. Rund 21 Prozent stimmen hingegen eher nicht oder nicht zu, dass dafür ausreichend Zeitgefäße bestehen. Die befragten Personen geben an, dass der Austausch nur zwischen Tür und Angel stattfindet. Die Ausgestaltung von interdisziplinären Rapporten ist je nach Institution sehr unterschiedlich. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **genügend** umgesetzt. Um im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit von «good practice» sprechen zu können, müssen die Arbeitgebenden mehr zeitliche Ressourcen ermöglichen.

7-Für die fallbezogene Dokumentation (Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, Therapieziele und interdisziplinäre Zusammenarbeit) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Rund 83 Prozent der befragten Logopädinnen und Logopäden stimmen zu oder eher zu, dass der Arbeitgebende für die fallbezogene Dokumentation hinreichend Zeit zur Verfügung stellt. Ungefähr 17 Prozent stimmen hingegen eher nicht oder nicht zu, dass dafür genügend Zeitgefässe bestehen. Es wird betont, dass das Dokumentieren viel Zeit benötigt und in strengen Arbeitsphasen nur auf Überzeit möglich ist. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **gut** umgesetzt.

8-Für die regelmässige Evaluation der Therapie (Verlaufsdagnostik, Zweck und Wirksamkeit) stellt der Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

Circa 72 Prozent der befragten Personen stimmen zu oder eher zu, dass der Arbeitgebende für die regelmässige Evaluation der Therapie genügend Zeitressourcen bereitstellt. Rund 28 Prozent stimmen allerdings eher nicht oder nicht zu, dass dafür genügend Zeit zur Verfügung steht. An dieser Stelle wird erwähnt, dass die Verlaufsdagnostik in der Akutphase nicht im Vordergrund steht. Dieses Qualitätsmerkmal wird in der Praxis **genügend** umgesetzt. Damit im Bereich der Therapieevaluation von «good practice» gesprochen werden kann, muss die Institution geeignete Zeitfenster genehmigen.

6.2 Aphasieleitlinien in der Praxis

Bei der Nachfrage per E-Mail und Telefon bei den Leitungen der Logopädie in den Deutschschweizer Spitälern mit Stroke Unit oder Stroke Center wurde festgestellt, dass in den Abteilungen Logopädie keine Aphasieleitlinien vorhanden sind. Die acht der sechzehn erreichten Logopädinnen gaben an, dass keine hausinternen Empfehlungen oder Leitlinien vorliegen. Die Autorinnen wurden teilweise auf die Richtlinien für Stroke Units verwiesen, welche die Institutionen befolgen. Bei der Online-Befragung haben 52 Prozent der Teilnehmenden angegeben, dass hausinterne Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien für die Aphasiebehandlung bestehen. Ob es sich dabei um konkrete Aphasieleitlinien handelt oder sich die befragten Personen auf obengenannte Stroke Unit-Richtlinien beziehen, bleibt fraglich. Es ist nicht abschliessend zu klären, auf welche Leitlinien sich die Teilnehmenden bezogen haben. Die Verfasserinnen dieser Arbeit vermuten aufgrund der Rückmeldung der Logopädinnen am Telefon und per E-Mail, dass sich die Teilnehmenden auf die jeweiligen Stroke Unit-Richtlinien bezogen haben, in welchen festgehalten ist, dass die Logopädin oder der Logopäde im Stroke Unit-Team involviert sein und täglich eine Therapieeinheit stattfinden sollte. Wie auch aus den Kommentarfeldern zu entnehmen war, bestehen keine festgelegten Leitlinien im engeren Sinne. Die Befragung

zeigt, dass 22 von 29 Teilnehmenden kein Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien haben. Davon geben dreizehn an, dass Leitlinien bestehen und deshalb kein Bedürfnis nach solchen besteht. Mehrfach wird betont, dass der Fokus in der Akutphase auf der Dysphagiebehandlung liegt. Der Bereich der akuten Aphasie werde von neuropsychologischen Begleitsymptomen, sowie anderen logopädischen Störungsbildern überlagert, welche vorrangig behandelt werden. Überrascht hat die Aussage einer Person, dass nicht nach hausinternen Empfehlungen gehandelt wird, obwohl solche bestehen. Hier erscheint überprüfenswert, von wem die Leitlinien verfasst wurden, wie aktuell und praxisnah diese sind und warum diese nicht eingesetzt werden.

Ungefähr 45 Prozent (dreizehn Teilnehmende) geben an, dass keine hausinternen Aphasieleitlinien bestehen. Diesbezüglich scheint aus theoretischer Perspektive ein Aufholbedarf zu bestehen. Neun der dreizehn Logopädinnen und Logopäden, die ohne Empfehlungen arbeiten, geben jedoch an, gar kein Bedürfnis danach zu haben.

22 der 29 Teilnehmenden geben an, dass im Akutbereich kein Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen besteht. Es erscheint aus praktischer Sicht fragwürdig, inwiefern Empfehlungen für die akute Aphasie überhaupt sinnvoll und umsetzbar sind.

Erstaunt hat, dass ein Drittel der Teilnehmenden rückmeldet, dass sie die Erarbeitung von hausinternen Leitlinien nicht betrifft. Einerseits scheinen die Leitungen mit dieser Aufgabe überfordert zu sein, andererseits besteht kein Interesse seitens der Arbeitgebenden an der Erarbeitung solcher Leitlinien.

6.3 Implikationen für das Arbeitsfeld der akuten Aphasie

Die Suche nach Material zur akuten Aphasie war nicht ergiebig. Die aktuelle Situation zeigt, dass nur dürftig Fachliteratur und Studien zur akuten Aphasie bestehen. Ebenso ergab die direkte Nachfrage bei den Spitälern, dass keine hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien für die Aphasiebehandlung vorhanden sind. Die Autorinnen waren überrascht über diese Rückmeldung und fragten sich, inwiefern in der Praxis ein Bedürfnis nach Empfehlungen zur Behandlung von akuten Aphasien besteht. Die Mehrheit der Teilnehmenden (76 %) hat zurückgemeldet, dass kein Bedürfnis nach Empfehlungen besteht, auch wenn bisher keine vorhanden sind. Die Befragung zeigt auf, dass nur bei wenigen Logopädinnen und Logopäden in der Praxis (24 %) ein Bedürfnis nach Leitlinien besteht. Mehrfach wird erwähnt, dass die Aphasiesymptomatik sehr schwankend ist und Leitlinien erst im postakuten Stadium sinnvoll erscheinen. Die Dysphagiebehandlung steht in der Akutphase im Vordergrund und bedarf viel Zeit und Personal. Weil die Ressourcen des Klientels, sowie deren Symptomatik täglich schwanken, fragen sich die Autorinnen, inwiefern es möglich und sinnvoll ist, Leitlinien für die akute Aphasie zu erarbeiten. Leitlinien für das Arbeitsfeld der akuten Aphasie müssen dem-

nach sehr universal verfasst sein, damit sie an die individuellen und unbeständigen Bedürfnisse der Akutaphasiepatienten adaptiert werden können. Ausserdem stellt sich die Frage, wer solche Leitlinien erarbeiten soll und kann. Die Verfasserinnen schlagen vor, dass Leitlinien von aktiv tätigen Fachpersonen mit mehrjähriger Arbeitserfahrung in diesem Feld erstellt werden. Dafür muss die Institution eine angemessene Entschädigung oder zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen. Damit die Institution das Verfassen von solchen Leitlinien unterstützt, braucht es das Votum von Aphasieorganisationen, des Berufsverbandes DLV als auch gegebenenfalls von den Kostenträgenden.

Insgesamt stehen der Logopädin und dem Logopäden nur wenige Minuten pro Patient zur Verfügung, in denen die Dokumentation, Recherche, Kontexterfassung, Evaluation und der interdisziplinäre Austausch erledigt werden muss. Wenn jemand mehr Zeit für diese Aufgaben benötigt, kann dies nicht verrechnet werden. Im Sinne der Primär- und Sekundärbetroffenen, sowie der Logopädinnen und Logopäden muss ein Umdenken stattfinden. Für die Institution, sowie für die Kostenträgenden der Therapien müssen den Mehrwert der Zeit, welche nicht direkt am Klientel selber, sondern an konkreter Suche nach Evidenz, Vor- und Nachbereitung, sowie an der Evaluation gearbeitet wird, ersichtlich werden. Damit müsste sich der Fokus vom gewinnbringenden Denken verändern und der Mehrwert eben dieser Aufgaben begreiflich gemacht werden.

6.4 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit wird im folgenden Absatz beantwortet. Sie lautet:

Inwiefern kann das Arbeitsfeld der akuten Aphasie als «good practice» bezeichnet werden?

Die Logopädinnen und Logopäden im Arbeitsfeld der akuten Aphasien fühlen sich von ihren Institutionen in den Bereichen strukturelle Bedingungen, partnerschaftliche Therapieentscheide und fallbezogene Dokumentation gut unterstützt. In diesen drei Bereichen kann das Arbeitsfeld der akuten Aphasie als «good practice» bezeichnet werden.

In den Bereichen Fort- und Weiterbildung, fallbezogene Recherche, Kontexterfassung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Evaluation der Therapie fühlen sich die Logopädinnen und Logopäden nicht ausreichend unterstützt, da die Arbeitgebenden nicht genügend Zeitressourcen und nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. In diesen fünf Bereichen kann das Arbeitsfeld der akuten Aphasie nicht als «good practice» bezeichnet werden.

Es besteht gerade bezüglich zeitlichen und finanziellen Ressourcen ein Aufholbedarf, damit im Arbeitsfeld der akuten Aphasie von «good practice» gesprochen werden kann.

6.5 Überprüfung der Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die Hypothesen nochmals dargestellt und bestätigt oder widerlegt.

- *Es besteht eine Differenz zwischen dem Ist-Zustand und Soll-Zustand bezüglich der Rahmenbedingungen im Arbeitsfeld der akuten Aphasie.*

Diese Hypothese wird teilweise bestätigt. In den Bereichen Fort- und Weiterbildung, fallbezogene Recherche, Kontexterfassung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Evaluation der Therapie stellen die Arbeitgebenden nicht genügend Zeitressourcen zur Verfügung. Insofern besteht in diesen Bereichen eine Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand. In den Bereichen strukturelle Bedingungen, partnerschaftliche Therapieentscheide und fallbezogene Dokumentation entspricht der Ist-Zustand laut Ergebnissen der Online-Befragung dem Soll-Zustand.

- *Der Ist-Zustand in der Praxis zeigt auf, dass in der Akutphase in punkto Zeitressourcen nicht von «good practice» gesprochen werden kann.
Der Logopädin und dem Logopäden steht zu wenig Zeit für evidenzbasierte Arbeit, interprofessionelle Zusammenarbeit, fallspezifische Dokumentation und den Einbezug der Teilhabe und Aktivität zur Verfügung.*

Diese Hypothese wird mehrheitlich bestätigt. In den Bereichen evidenzbasierte Arbeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kontexterfassung stellen die Institutionen laut den teilnehmenden Personen nicht genügend Zeitressourcen zur Verfügung. Für die fallspezifische Dokumentation hat die Online-Befragung ergeben, dass rund 72 Prozent der befragten Logopädinnen und Logopäden zustimmen oder eher zustimmen, dass ausreichend Zeit für die Dokumentation besteht. Ungefähr 28 Prozent stimmen dem eher nicht oder nicht zu.

6.6 Vision von «good practice» im Arbeitsfeld der akuten Aphasie

Die nachfolgenden Empfehlungen für das Arbeitsfeld der akuten Aphasie beziehen sich auf die Wünsche und Vorstellungen der Teilnehmenden der Online-Befragung.

- Der Logopädin und dem Logopäden stehen ausreichend zeitliche Ressourcen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verfügung. Es bestehen zahlreiche Gesprächsfenster für den interdisziplinären Austausch, die interdisziplinäre Evaluation, sowie für die Beratung und Gespräche mit Angehörigen.
- Die administrativen Abläufe sind vereinfacht und minimal gehalten, damit genügend Zeit für die Arbeit mit der betroffenen Person besteht. Es steht ein Zeitgefäß für eine ausführliche Übergabe an die Folgeinstitution zur Verfügung.
- Standardisierte Abklärungsverfahren, sowie moderne, supportete Apps für die Aphasiebehandlung stehen der Logopädin und dem Logopäden zur Verfügung.

- Die Logopädin und der Logopäde hat viel Eigenverantwortung, sowie einen hohen Stellenwert im interdisziplinären Team. Die logopädische Arbeit erfährt Anerkennung und wird nicht mit der funktionellen (Physio-)Therapie verglichen.
- Es existieren praxisnahe und effektive Leitlinien, die von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus erfahrenen Logopädinnen und Logopäden, erstellt wird. Diesen stehen für die Erarbeitung ausreichend Ressourcen zur Verfügung (grosszügiges Zeitfenster, angemessene Entlohnung).
- Auf allen Stationen stehen der Logopädin und dem Logopäden räumliche Ressourcen für die Einzel- oder Gruppentherapien zur Verfügung. Damit wird ermöglicht, dass sie / er mit den Patienten in ruhiger Atmosphäre arbeiten kann.
- Die personellen Ressourcen ermöglichen eine ausreichende Abdeckung des Therapiebedarfs trotz fluktuierender Patientenzahl.

7. Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel umfasst eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung.

7.1 Fazit

In dieser Bachelorarbeit wurde der Fragestellung nachgegangen, inwiefern das Arbeitsfeld der akuten Aphasie als «good practice» bezeichnet werden kann. Mithilfe von Fachliteratur, Studien, sowie Aphasie- und Schlaganfallleitlinien wurden Qualitätsmerkmale für die Aphasiebehandlung (Soll-Zustand) abgeleitet. Mittels einer Online-Befragung wurde eine Bestandesaufnahme zur Arbeitssituation in der Akutphase der Aphasie (Ist-Zustand) gemacht. Die Teilnehmenden haben bei der Online-Befragung angegeben, dass sie sich von ihren Institutionen in den Bereichen strukturelle Bedingungen, partnerschaftliche Therapieentscheide und fallbezogene Dokumentation hinreichend unterstützt fühlen. In diesen drei Bereichen kann von «good practice» gesprochen werden.

In den Bereichen Inter- und Supervisionen, Fort- und Weiterbildung, fallbezogene Recherche, Kontexterfassung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Evaluation der Therapie fühlen sich die Teilnehmenden hingegen nicht ausreichend unterstützt, da die Arbeitgebenden nicht genügend Zeitressourcen zur Verfügung stellen. In diesen fünf Bereichen kann das Arbeitsfeld der akuten Aphasie nicht als «good practice» bezeichnet werden. Insgesamt stehen der Logopädin und dem Logopäden wenige Minuten pro Patient zur Verfügung, in denen sie die Dokumentation, Recherche, Kontexterfassung, Evaluation und den interdisziplinären Austausch unterbringen muss. Wenn sie mehr Zeit für diese Aufgaben benötigt, kann dies nicht verrechnet werden. Im Sinne der Primärbetroffenen muss ein Umdenken stattfinden. Für die Institution, sowie für die Kostenträgenden der Therapien müssen den Mehrwert der Zeit, welche nicht direkt am Klienten selber, sondern an konkreter Suche nach Evidenz, Vor- und Nachbereitung, sowie an der Evaluation gearbeitet wird, ersichtlich werden. Damit müsste sich der Fokus weg vom gewinnbringenden Denken zum allgemeinen Wohl der betroffenen Person hin verändern.

Insgesamt werden in allen Bereichen Mängel bezüglich Ressourcen, seien sie zeitlicher, finanzieller, materieller oder personeller Art, angegeben. Die Logopädinnen und Logopäden wünschen sich von den Institutionen bezüglich eines höheren Stellenwerts im interdisziplinären Team, sowie – wenn von den Logopädinnen und Logopäden das Bedürfnis nach Leitlinien besteht - beim Erarbeiten von praxisnahen und effektiven Leitlinien besser unterstützt zu werden. Ferner bedarf es mehr Ressourcen (vor allem Gesprächsfenster) und vereinfachte administrative Abläufe.

Es existieren in den Institutionen keine internen Empfehlungen zur Aphasiebehandlung. Dies stellt für die Verfasserinnen aus theoretischer Sicht eine Lücke dar. Aus praktischer Perspektive besteht – wie die Befragung gezeigt hat - kein Bedürfnis, diese Lücke zu schliessen. Es

erscheint daher fragwürdig, inwiefern das Festhalten von Handlungsempfehlungen in der akuten Aphasie überhaupt umsetzbar und sinnvoll wäre, da sie ein sehr fluktuierendes und herausforderndes Arbeitsfeld darstellt und die Symptomatik von diversen Begleiterscheinungen überlagert wird.

8. Literaturverzeichnis

Alberts, M.J., Hademenos, G., Latchaw, R.E., Jagoda, A., Marler J.R., Mayberg, M.R., Starke, R.D., Todd, H.W., Visde, K.M., Girgus, M., Shephard, T., Emr, M., Shwayder, P. & Walker, M.D. (2000). Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *JAMA*, 283(23), 3102–3109.

Altrichter, H. & Posch, P. (2007). *Lehrer und Lehrerinnen erforschen ihren Unterricht* (4. Auflage). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

American Speech-Language Hearing Association. (2001). Scope of Practice in Speech-Language Pathology. *ASHA Desk Reference*, 1, 25-30.

Aphasia United. (2019). *Best practice Empfehlungen für Aphasie*. Zugriff am 01.05.2019 unter <http://www.aphasiaunited.org/wp-content/uploads/2016/05/German-Aphasia-United-Best-Practice-Recommendations.pdf>

Aphasie Suisse. (2006). Empfehlungen zur Behandlung von Aphasien. *Schweiz Medical Forum*, 6, 555-560.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2019). *Leitlinien-Suche*. Zugriff am 01.05.2019 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>

Bakheit, A., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., S Carrington, S., Griffiths, S., Searle K. & Koutsi, F. (2007). A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 21, 885–894.

Beer, S., Clarke, S., Diserens, K., Engelter, S., Müri, R., Schnider, A. & Urscheler, N. (2007). Neurorehabilitation nach Hirnschlag. *Schweiz Med Forum*, 7, 294-297.

Beushausen, U. (2016) Evidenz-basiert arbeiten in der Sprachtherapie. *Sprachtherapie aktuell*, 3(1), 1-9.

Bundeskanzlei. (2019). Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Zugriff am 01.05.2019 unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopedes de de l'Union Européenne (CPLOL). (1997). *Professional Profile of the Speech and Language Therapist*. Zugriff am 01.05.2019 unter <https://cplol.eu/documents/official-documents/professional-profile/146-professional-profile/file.html>

Departementsrat des Departements für Sonderpädagogik der Universität Fribourg. (2016). *Reglement*. Fribourg: Universität Fribourg.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie. (2008). *Rehabilitation aphasischer Störungennach Schlaganfall*. Zugriff am 01.05.2019 unter https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2008/archiv/ll08kap_099.pdf

Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband. (2015). *Qualitätsrichtlinien. Qualitätsrichtlinien für das medizinisch-therapeutische Angebot aus Sicht der Leistungsanbieterinnen Logopädie*. Zürich: Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband.

Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband (DLV). (2019). *Qualität*. Zugriff am 01.05.2019 unter <http://www.logopaedie.ch/qualität>

Engelter, S. & Lyrer, P. (2004). Stroke Units in der Schweiz: Bedarfsanalyse, Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*, 4, 200-203.

Gerber, M., Kraft, E. & Bosshard, C. (2014). Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(50), 1883–1889.

Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) & Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN). (2000). *Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie)*. Zugriff am 01.05.2019 unter <http://alt.aphasiegesellschaft.de/leit.pdf>

Giel, B., Keller, B., Wahl, M. & Steiner, J. (2018). Qualität als Orientierung für therapeutische Entscheidungen. In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie. Perspektiven für ein starkes Netzwerk in der Therapie* (S. 35-54). Bern: Hogrefe.

Godecke, E., Hird, K., Lalor, E.E., Rai, T. & Phillips, M.R. (2012). Very early poststroke aphasia therapy: a pilot randomized controlled efficacy trial. *International Journal of Stroke*, 7, 635-644.

Haid, A. & Steiner, J. (2016). ICF-Vorgabe als Leitidee und reale Praxis. In J. Steiner (Hrsg.) *Aphasie im Kontext*. Bern: Edition SZH.

Hansen, H. & Schneider, B. (2015). Teilhabe im Fokus von Aphasie-Evaluation. Was leisten quantitative pragmatisch-funktionale Diagnostikverfahren? *Sprache Stimme Gehör*, 39, 118–122.

Heldner, M.R., Jung, S. & Arnold, M. (2017). Stroke Center und Stroke Unit. Versorgung in der Schweiz. *NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE*, 15(1), 4-7.

- Hoess, I., Hoess, C., Cattenberg, S., Haug, B. & Müller, F. (2012). Logopädie nach akutem Schlaganfall. *Schweiz Med Forum*, 12(45), 871-875.
- Homburg, G. (2000). Was heisst Qualität in der Sprachtherapie? In G. Homburg, C. Iven & V. Maihack (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Sprachtherapie. Kontrollmechanismus oder Kompetenzgewinn?* (S. 27 – 40). Köln: ProLog Therapie und Lehrmittel OHG.
- Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006). *Klinik und Rehabilitation der Aphasie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH). (2016). *Logopädie und Psychomotoriktherapie. Studienführer 2016–2019*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Kals, E. & Gallenmüller-Roschmann J. (2017). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (3. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- Kantonsspital Aarau AG. (2016). *2016 Jahres- und Leistungsbericht*. Aarau: Kantonsspital Aarau AG.
- Kaste, M., Skyhoj Olsen, T., Orgogozo, J.M., Bogousslavsky, J. & Hacke, W. (2000) Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). *Cerebrovascular Diseases*, 10, 1–11.
- Kohler, J. (2016). Zur Bedeutung qualitativer Studien. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 1: Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen* (S. 77-95). Stuttgart: Kohlhammer.
- Laska, A.C., Hellblom, A., Murray, V. Kahan, T. & von Arbin, M. (2001). Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *Journal of Internal Medicine*, 249, 413-422.
- Laska, A.C., Kahan, T., Hellblom, A., Murray, V. & von Arbin, M. (2011). A Randomized Controlled Trial on Very Early Speech and Language Therapy in Acute Stroke Patients with Aphasia. *Cerebrovascular Diseases*, 1, 66-74.
- Müller, U. (2013). *Reader Forschungsmethoden. Quantitative Verfahren*. Unveröffentlichtes Skript. Zürich: Hochschule für Heilpädagogik.
- National Academy of Sciences. (2019). *Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative*. Zugriff am 01.05.2019 unter [http://www.nationalacademies.org/hmd/Global/News Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx](http://www.nationalacademies.org/hmd/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx)
- National Stroke Foundation. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne: National Stroke Foundation.

Nobis-Bosch, R., Rubi-Fessen, I., Biniek, R. & Springer, L. (2013). *Diagnostik und Therapie der akuten Aphasie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Pädagogische Hochschule FHNW. (2019). *Studienangebot 2019/2020*. Zugriff am 01.05.2019 unter https://www.fhnw.ch/de/studium/paedagogik/studienangebot/media/180822_ph_stf_19_20_web.pdf

Porst, R. (1998). Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. *ZUMA-Arbeitsbericht*, 98(02), 1-41.

Rose, M. L., Raymer, A.M., Lanyon, L.E. & Attard, M.C. (2013). *A systematic review of gesture treatments for post stroke aphasia*. Zugriff am 20.03.2018 unter <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2013.805726>

Schneider, B., Wehmeyer, M. & Grötzbach, H. (2014). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer-Verlag.

Schweizer Hochschule für Logopädie Rohrschach (SHLR). (2016). *Studiengang Logopädie*. Zugriff am 01.05.2019 unter [https://www.shlr.ch/media/Downloads/Werbebrochure Studien- gang Logopädie web.pdf](https://www.shlr.ch/media/Downloads/Werbebrochure%20Studiengang%20Logopaedie%20web.pdf)

Schweizerische Hirnschlaggesellschaft. (2012). Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz: Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*, 12(47), 918–922.

Schweizer Hirnschlag Gesellschaft. (2019). *Stroke Center / Stroke Units*. Zugriff am 01.05.2019 unter <https://www.neurovasc.ch/portrait/stroke-center-stroke-units/>

Steiner, J. (2018). Logopädie zwischen hohem Anspruch und geminderten realen Möglichkeiten. In J. Steiner (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Logopädie. Perspektiven für ein starkes Netzwerk in der Therapie* (S. 173-178). Bern: Hogrefe.

Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. (2010). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand.

Studien- und Examenskommission. (2017). *Fribourg: Bachelor of Arts in Logopädie*. Zugriff am 01.05.2019 unter [https://www3.unifr.ch/spedu/de/assets/public/downloads/BA_LOG/Studien- plan BA LOG 2018.pdf](https://www3.unifr.ch/spedu/de/assets/public/downloads/BA_LOG/Studienplan%20BA%20LOG%202018.pdf)

Swissuniversities. (2019). *Notensystem an Schweizer Hochschulen*. Zugriff am 01.05.2019 unter [https://www.swissuniversities.ch/de/hochschulraum/bildungssystem-der-schweiz/noten- system/](https://www.swissuniversities.ch/de/hochschulraum/bildungssystem-der-schweiz/noten-system/)

Utikal, S. & Günther, T. (2017). Umgang mit und Lesen von Leitlinien. *Sprache Stimme Gehör*, 41, 113.

Von Rosenstiel, L. (1992). *Betriebsklima geht jeden an!* (4. verbesserte Auflage). München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.

World Health Organization (WHO). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organization.

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Sprachzentrum des Gehirns und seine Teile	5
Abbildung 2: Haupttypen der akuten Aphasie	6
Abbildung 3: ICF Modell im Beispiel Aphasie	7
Abbildung 4: Stroke Units (orange) und Stroke Center (blau) in der Schweiz	9
Abbildung 5: Behandlungsphasen der Aphasietherapie	11
Abbildung 6: Qualitätstrias Sprachtherapie / Logopädie	13
Abbildung 7: Frage 0 «Im Kontext der akuten Aphasie»	23
Abbildung 8: Frage 1 «Ausstattung»	24
Abbildung 9: Fragen 9a und 9b «hausinterne Empfehlungen»	24
Abbildung 10: Frage 9c «Erarbeitung von hausinternen Leitlinien»	25
Abbildung 11: Frage 10 «Vision»	25
Abbildung 12: Grafik zur «Arbeit im Kontext der akuten Aphasie»	26
Abbildung 13: Grafik zur «Ausstattung»	27
Abbildung 14: Grafik zu «Intervisionen, Supervisionen, sowie Fort- und Weiterbildungen»	27
Abbildung 15: Grafik zur «fallbezogenen Recherche»	28
Abbildung 16: Grafik zu «partnerschaftlichen Therapieentscheiden»	29
Abbildung 17: Grafik zum «Einbezug des Lebenskontextes»	30
Abbildung 18: Grafik zur «interdisziplinären Zusammenarbeit»	31
Abbildung 19: Grafik zur «fallbezogenen Dokumentation»	32
Abbildung 20: Grafik zur «Evaluation der Therapie»	33
Abbildung 21: Grafik zum «Handeln nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien»	34
Abbildung 22: Grafik zum «Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien»	34
Abbildung 23: Grafik zum «Erarbeiten von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien»	35

Anhang

I.I Erklärung zur wissenschaftlichen Arbeit.....	ii
I.II Qualitätsvorstellungen des Faches Logopädie.....	iii
I.III Qualitätsvorstellungen der Kostentragenden logopädischer Therapien.....	v
I.IV Fragebogen	vii
I.V Darstellung der Resultate der Online-Befragung.....	xii

I.1 Erklärung zur wissenschaftlichen Arbeit

HfH Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik

Erklärungen zu wissenschaftlichen Arbeiten an der HfH
(Mit Arbeit und CD der Begleitperson senden.)

Ich bestätige ausdrücklich, dass es sich bei der von mir eingereichten Arbeit mit dem Titel:

Arbeitsfeld der akuten Aphasie für
klinisch tätige Logopädinnen in der
Deutschschweiz

um eine von mir selbst und ohne unerlaubte Beihilfe sowie in eigenen Worten verfasste Originalarbeit handelt.

Sofern es sich dabei um eine Arbeit von mehreren Verfasserinnen oder Verfassern handelt, bestätige ich, dass die entsprechenden Teile der Arbeit korrekt und klar gekennzeichnet und der jeweiligen Autorin oder dem jeweiligen Autor eindeutig zuzuordnen sind.

Ich bestätige überdies, dass die Arbeit als Ganze oder in Teilen weder bereits einmal zur Abgeltung anderer Studienleistungen an der HfH oder an einer anderen Ausbildungseinrichtung eingereicht worden ist, noch künftig durch mein Zutun als Abgeltung einer weiteren Studienleistung eingereicht werden wird.

Ich erkläre, dass ich sämtliche in der oben genannten Arbeit enthaltenen Bezüge auf fremde Quellen (einschliesslich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich ausnahmslos und nach bestem Wissen sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen anderer Autorinnen oder Autoren (Paraphrasen) die Urheberschaft angegeben habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Arbeiten, welche die Grundsätze der Selbständigkeitserklärung verletzen, als Plagiat betrachtet werden und die entsprechenden rechtlichen und disziplinarischen Konsequenzen nach sich ziehen.

Wir wünschen (bitte ankreuzen):

☐ Einzelbeurteilung ☒ Gruppenbeurteilung

Wir erklären gleichzeitig, dass wir mit einem Wunsch nach Gruppenbeurteilung darauf verzichten werden, gegen die Beurteilung zu rekurrieren mit der Begründung, die gemeinsame Note werde der individuellen Leistung nicht gerecht.

☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass die HfH die elektronische Fassung meiner Arbeit auf dem www publizieren kann, und bestätige hier, dass die Arbeit, die ich auf der CD abgegeben habe, entsprechend anonymisiert bzw. gekürzt ist (sensible Daten, auch im Anhang).

☐ Ich lehne eine allfällige Publikation auf dem www ab.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben.

Datum, Name(n), Vorname(n), Unterschrift(en)

08.05.2019 Wiederkehr Lisa *L. Wiederkehr*

08.05.2019 Meier Livia *L. Meier*

BA LOG/PMT 1619 blj, 16.10.2018

I.II Qualitätsvorstellungen des Faches Logopädie

Als Zulassung zum Logopädiestudium an einer Schweizer Hochschule wird eine gymnasiale Maturität, ein von der EDK anerkanntes Lehrdiplom, ein Abschluss einer Fachhochschule oder einer Fach- oder Berufsmaturität mit einer zusätzlichen Ergänzungsprüfung erwartet. Zudem muss die Aufnahmeprüfung der jeweiligen Hochschule bestanden werden, sowie ein unauffälliges phoniatisches Gutachten eingereicht werden (vgl. EDK, 2000, S. 4).

Der Inhalt der vier logopädischen Ausbildungsstätten (SHLR, HfH, FHNW, Universität Freiburg) in der Schweiz ist:

- Bezugswissenschaften wie Linguistik, Medizin, Phoniatrie, Neurologie, Erziehungswissenschaften, Psychologie, Soziologie
- Prävention, Diagnostik, Therapie und Beratung in den Gebieten Sprache, Sprechen, Stimme und Schlucken
- Begleitete Praktika im Kinder- und Erwachsenenbereich
- Wissenschaftliches Arbeiten (vgl. Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, 2016, Studien- und Examenskommission, 2017, Pädagogische Hochschule FHNW, 2019 & Schweizer Hochschule für Logopädie Rohrschach SHLR, 2016).

Hochschule	Kompetenz	Qualitätsebene
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (vgl. Studien- gangsbroschüre Logopädie 2016-2019, S. 5f.)	Die logopädische Tätigkeit umfasst Prävention, Diagnostik, Beratung und Therapie.	Prozessqualität
	Logopädinnen arbeiten selbstverantwortlich und kooperativ in interprofessionellen Teams.	Prozessqualität
	Logopädinnen arbeiten wissenschaftlich.	Prozessqualität
	Logopädinnen arbeiten selbstständig, reflektiert und eigenverantwortlich	Prozessqualität / Ergebnisqualität
Universität Freiburg (vgl. Reglement, S 8 ff. und Kurzbeschreibung unter: http://studies.unifr.ch/de/bachelor/pedpsy/speechtherapy)	Die logopädische Tätigkeit umfasst Erkennung, Diagnostik, Planung, Therapie und Evaluation.	Prozessqualität
	Logopädinnen verfügen über Eigenaktivität, sowie Reflexions- und Kritikfähigkeit.	Prozessqualität / Ergebnisqualität
	Logopädinnen arbeiten wissenschaftlich.	Prozessqualität
	Logopädinnen verfügen über Kommunikationskompetenz und Selbstorganisation.	Prozessqualität
Schweizer Hochschule für Logopädie Rohrschach (vgl. Werbebroschüre Logopädie, S. 3 ff.)	Die logopädische Tätigkeit umfasst präventive Massnahmen, Diagnostik, Therapien und Beratungen.	Prozessqualität
	Logopädinnen arbeiten eigenverantwortlich, selbstständig und interdisziplinär.	Prozessqualität
	Logopädinnen arbeiten wissenschaftlich und therapieren evidenzbasiert.	Prozessqualität
	Logopädinnen evaluieren und reflektieren.	Ergebnisqualität

Fachhochschule Nordwestschweiz (vgl. Broschüre Studiengangebot, S. 81)	Die logopädische Tätigkeit umfasst präventive Massnahmen, Diagnostik, Therapien, Beratungen und Öffentlichkeitsarbeit.	Prozessqualität
	Logopädinnen besitzen Eigenverantwortung und Kooperationsfähigkeit.	Prozessqualität
	Logopädinnen denken und handeln wissenschaftlich.	Prozessqualität
	Logopädinnen evaluieren.	Ergebnisqualität

Die Ausbildungsstätten haben sehr ähnliche Kompetenzprofile, die sie den Studierenden auf den Weg geben möchten. Wie von der EDK vorgegeben, werden die Planung, Diagnostik, Therapie, Beratung und Prävention von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen von allen Hochschulen gelehrt (vgl. EDK, 2000, S. 2). Auch die Kenntnisse der Bezugswissenschaften finden Einzug in die Lehrpläne.

Alle Hochschulen nennen das wissenschaftliche Arbeiten als wichtige Kompetenz der Logopädiestudierenden.

I.III Qualitätsvorstellungen der Kostentragenden logopädischer Therapien

Im September 1995 wurde die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) erlassen. Der vierte Abschnitt regelt die Zuständigkeit der klinisch tätigen Logopädin.

«2. Kapitel: Auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbrachte Leistungen

4. Abschnitt: Logopädie

Art. 10 Grundsatz

Der Logopäde, die Logopädin oder die Organisation der Logopädie führt auf ärztliche Anordnung hin Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses durch, die zurückzuführen sind auf:¹

- a. organische Hirnschädigungen mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, toxischer, tumoraler oder vaskulärer Ursache;
- b. phoniatische Leiden (z. B. partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers; Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache; hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie; Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache)» (Bundeskanzlei, 2019, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html#id-1-2-4>)

Der Bund erliess im Jahr 1994 das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), welches die Voraussetzungen und den Umfang von Kostenübernahmen logopädischer Therapien regelt.

«2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft» (Bundeskanzlei, 2019, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>).

«6. Abschnitt: Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen

Art. 56 Wirtschaftlichkeit der Leistungen

¹ Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

⁵ Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

⁶ Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest.» (Bundeskanzlei, 2019, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>).

I.IV Fragebogen

Arbeitsfeld der akuten Aphasie

Liebe Kollegin, lieber Kollege

Vorerst herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Befragung. Das Antworten dauert ungefähr 5 bis 10 Minuten.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir eine Befragung zur Erhebung des Arbeitsfeldes von Logopädinnen in der Akutphase der Aphasie durch.

Bitte antworten Sie nur, wenn Sie beide Bedingungen erfüllen:

- a) MINDESTENS 2 JAHRE ARBEITSERFAHRUNG im klinischen Bereich
- b) in den ZURÜCKLIEGENDEN ZWEI JAHREN IM AKUTBEREICH GEARBEITET und/oder AKTUELL in diesem Arbeitsfeld tätig

In der Situation der Akutphase besteht oft ein enormer Zeitdruck. Wir wollen mit unserer Arbeit herausfinden, inwiefern Qualität unter diesen erschwerten Bedingungen realisiert werden kann. Hierzu haben wir Qualitätsmerkmale aufgrund bestehender Leitlinien zur Aphasiebehandlung (ASHA, CPLOL, Aphasie Suisse, Aphasia United) herausgearbeitet und nun möchten herausfinden, inwiefern diese in der realen Praxis umgesetzt werden können. Somit ergibt sich ein Vergleich zwischen dem Ist- und Soll-Zustand.

Wir haben die Vermutung, dass eine Differenz zwischen hohen Qualitätsanforderungen und den realen Möglichkeiten in der Praxis besteht. Bitte nutzen Sie das jeweilige Kommentarfeld, um uns weitere Informationen, wie beispielsweise Veränderungsvorschläge, mitzuteilen.

Sie bekommen im Frühsommer 2019 einen Rücklauf und erfahren in einer einseitigen Zusammenfassung, was unsere Ergebnisse sind.

Selbstverständlich bleiben Ihre Angaben anonym und werden vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie die Umfrage bis am Freitag, den 5. April 2019, aus.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und freundliche Grüsse,

Lisa Wiederkehr & Livia Meier (angehende Logopädinnen), Jürgen Steiner (Begleitung HfH)

0. Im Kontext der akuten Aphasie... *

Bitte nehmen Sie nur an der Befragung teil, wenn Sie mindestens 2 Jahre Berufserfahrung im Spital haben.

- ☐ arbeite ich derzeit.
- ☐ habe ich in den zurückliegenden zwei Jahren gearbeitet und arbeite jetzt nicht mehr in diesem Kontext.

Mein Kommentar, warum ich mich bewusst für / gegen das Arbeitsgebiet im Akutspital entschieden habe:

Langantwort-Text

1. Mein Arbeitgeber (die Institution, in welcher ich arbeite) sorgt für eine gute ^{*} personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für meine Arbeit.

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar/ ungenügend bei...

Langantwort-Text

2. Mein Arbeitgeber unterstützt meine Teilnahme an Interventionen, ^{*} Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen.

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar/ ungenügend bei...

Langantwort-Text

3. Für die fallbezogene Recherche stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit ^{*} und Mittel zur Verfügung.

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar / Bemerkung zu Zeit oder Mittel

Langantwort-Text

4. Mein Arbeitsgeber unterstützt ein Therapiesetting, das partnerschaftliche Therapieentscheide mit den Primärbetroffenen (PB) und Sekundärbetroffenen (SB) ermöglicht. *

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar / Bemerkung zur Zeit

Langantwort-Text

5. Für den Einbezug des Lebenskontextes (Teilhabe, Aktivität) in die Therapieplanung stellt mir mein Arbeitgeber genügend Ressourcen zur Verfügung. *

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimmt zu.

Mein Kommentar:

Langantwort-Text

6. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zielsetzung und gemeinsame Aktionen) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung. *

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar/ Zeiteinheit pro Woche (z.B. Neurorapport 1 h etc.) / pro Team oder pro Person

Langantwort-Text

7. Für die fallbezogene Dokumentation (Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, Therapieziele und interdisziplinäre Zusammenarbeit) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung. *

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar/ ungenügend bei...:

Langantwort-Text

8. Für die regelmässige Evaluation der Therapie (Verlaufsdiagnostik, Zweck und Wirksamkeit) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung. *

	1	2	3	4	
Stimme nicht zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stimme zu.

Mein Kommentar:

Langantwort-Text

9a.) Es wird nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung gehandelt. *

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, aber es bestehen solche.
- ☐ Nein, denn es existieren keine.

9b.) Es besteht das Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben /Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung. *

- ☐ Ja.
- ☐ Nein.
- ☐ Es bestehen bereits hausinterne Leitlinien.

9c.) Für die Erarbeitung von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung (abgesehen von den Leitlinien von Aphasie Suisse, CPLOL, ASHA...) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung. *

- ☐ stimme nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme zu
- ☐ betrifft mich nicht*

Mein Kommentar/ *es betrifft mich nicht, weil...

Langantwort-Text

10. Was wäre Ihre Vision, um ein Mehr an Qualität bezüglich der Rahmenbedingungen im Bereich der akuten Aphasiebehandlung zu erreichen? Wer sollte was tun?

Langantwort-Text

I.V Darstellung der Resultate der Online-Befragung

0. Im Kontext der akuten Aphasie...

29 responses



Mein Kommentar, warum ich mich bewusst für / gegen das Arbeitsgebiet im Akutspital entschieden habe:

14 Antworten

Die Neurologie ist ein sehr spannendes Arbeitsfeld, die Patienten sind oft sehr motiviert für die Logopädie. In der ersten Zeit nach einem Schlaganfall kann man wichtige Hilfe leisten und oft machen die Patienten schon im Akutspital beachtliche Fortschritte.

die klinische Logopädie ist für mich das spannendste Gebiet der Logopädie, interessante Patienten, viele interprofessionelle Kontakte, viel Betrieb, viel Abwechslung

dynamisches und abwechslungsreiches Arbeitsgebiet

Interdisziplinarität und Vielfalt der Störungsbilder

Weil es eine grosse Spannbreite an Störungsbildern sowie sehr viel Abwechslung bietet. Zudem empfinde ich die Diagnostik als sehr spannend.

spannendes multiprofessionelles Arbeitsfeld, das vorwärts schaut.

abwechslungsreich, herausfordernd, interessant

Die Diagnostik ist spannend, man sieht vieles verschiedene Formen.

Spannend aufgrund der grossen Abwechslung, weil die Patienten nicht lange bleiben. Ich mache gerne Erstabklärungen, da man nie genau weiss, was einen erwartet.

Spannend, interdisziplinär, abwechslungsreich, viele Abklärungen & Beratungen, tolles Team

Interessante, interprofessionelle Arbeit

für! hochspannendes Gebiet mit sehr vielseitigem Tätigkeitsfeld

Stellenangebot, sehr gute Gelegenheit zum Aufbau einer Logopädie-Stelle

spannende Herausforderung

spannende, herausfordernde Tätigkeit; viele Fortschritte in kurzer Zeit ersichtlich

Sehr nah an der Medizin, arbeite gerne auch auf der IPS.

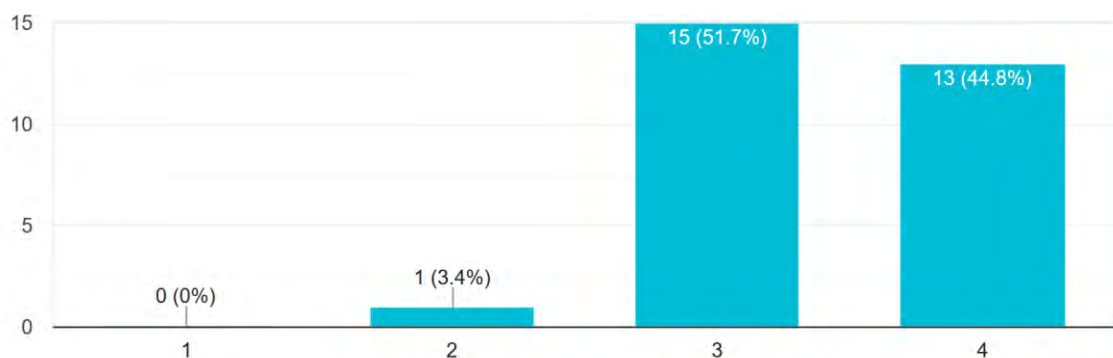
Spannend, interdisziplinär, abwechslungsreich, viele Abklärungen & Beratungen, tolles Team

Interessante, interprofessionelle Arbeit

für! hochspannendes Gebiet mit sehr vielseitigem Tätigkeitsfeld

1. Mein Arbeitgeber (die Institution, in welcher ich arbeite) sorgt für eine gute personelle, räumliche, materielle und apparative Ausstattung als strukturelle Voraussetzung für meine Arbeit.

29 responses



Mein Kommentar/ ungenügend bei...

6 Antworten

personelle Ressourcen sind knapp; sprachtherapeutische Räumlichkeiten weit weg von den anderen therapeutischen Räumlichkeiten (räumliche Barrieren); Material häufig noch auf Papier; wenig apparative Möglichkeiten, um sprachliche Fähigkeiten messbar zu machen

Finanzielle Ressourcen für Fortbildung und technische Geräte fehlen.

ehr knappe räumliche Ressourcen

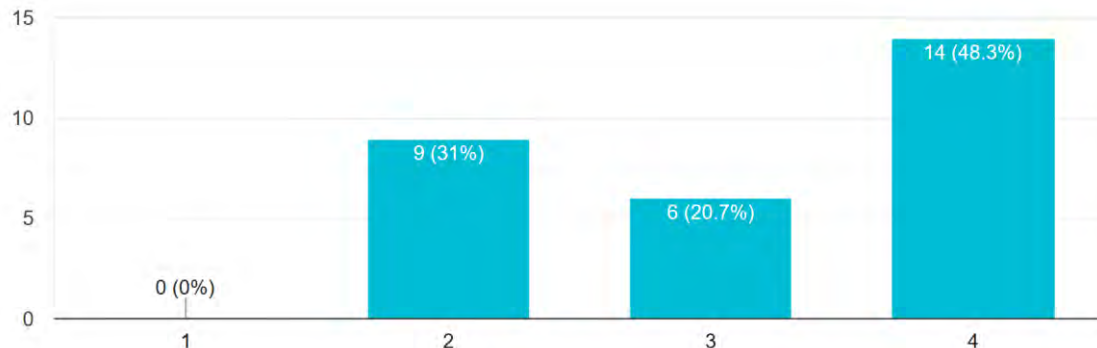
... den personellen Ressourcen

Eher kleiner Fachbereich Logopädie bei nur zwei Logopädinnen, dadurch weniger Ressourcen an Material. FEES muss von extern angefordert werden.

Eher altes Gebäude, ringhöriges Therapiezimmer.

2. Mein Arbeitgeber unterstützt meine Teilnahme an Interventionen, Supervisionen sowie Fort- und Weiterbildungen.

29 responses



Mein Kommentar/ ungenügend bei...

7 Antworten

fachliche Schulung/ Anleitung des sprachtherapeutischen Personals findet in der Institution selbst nicht statt, d.h., keine Intervention sowie Supervision; Fort- und Weiterbildungen wurden bislang sehr gut unterstützt;

Zeitliche Ressourcen für Inter- und Supervision sind knapp.

70 % Kurskostenübernahme durch Arbeitgeber, beschränktes Gesamtbudget

Budget pro Person ist klein, reicht nur für Weiterbildungen in der CH

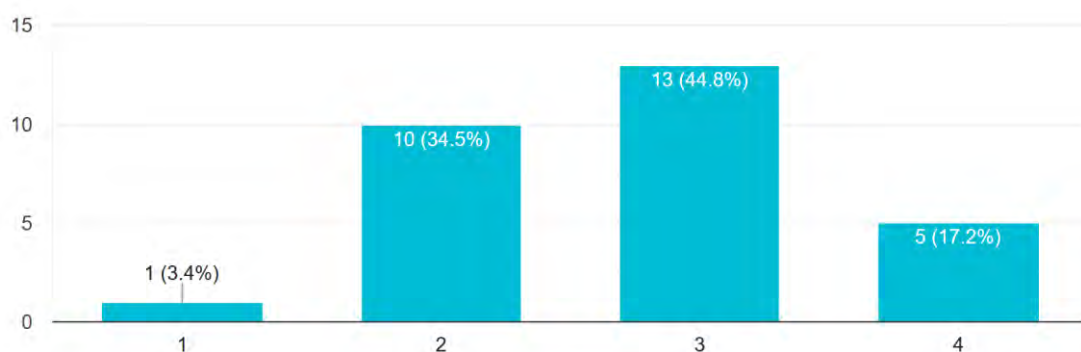
Interventionsgruppe muss privat organisiert werden.

Im Vergleich wenig bezahlte Fortbildungen, kaum längere intensivere Fortbildungen oder solche im Ausland möglich.

Meistens erhalten wir die Erlaubnis, Weiterbildungen besuchen zu dürfen. Die Finanzierung wird aber nur teilweise abgedeckt. Gewisse Weiterbildungen und Inter-/Supervisionen finden in der Freizeit statt.

3. Für die fallbezogene Recherche stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit und Mittel zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar / Bemerkung zu Zeit oder Mittel

14 responses

Was ist Zeit, in diesem Zusammenhang, sorry für meinen Sarkasmus...es gibt für 11-12 Therapien am Tag insgesamt einmalig 15 Min./ d Vorbereitungszeit, da bleibt keine Zeit für Recherche, obwohl die Mittel da wären.

Aufgrund von schwankenden Patientenzahlen mal besser, mal schlechter möglich

In Eigenverantwortung, ja.

Für Studienrecherche/Journal Club stehen keine expliziten Zeitressourcen zur Verfügung. Im Alltag oft keine Zeit für Konsultation aktueller Forschungen.

je nach Patienten - Aufgeböten

15min pro Patient neben der Therapie sind bezahlt

Alles in Behandlungszeit integrierbar, es ist allerdings erwünscht (nicht nur bei diesem Arbeitgeber), dass differenziertere Recherchen als persönliche Weiterbildung zu Hause oder extern erfolgen. Weiterbildung wird natürlich bis zu einem geregelten Rahmen vom Arbeitgeber ja finanziert.

Bei Bedarf ist dies sicher in Einzelfällen möglich. Allerdings können diese Leistungen nicht abgerechnet werden. Es besteht eine bestimmte Forderung nach genügend abrechenbaren Leistungen.

Die Betreuung ambulanter Patientin wäre i. d. Regel mit höheren zeitlichen Ressourcen verbunden, diese stehen im Akutsetting nicht immer zur Verfügung bzw. gehen zulasten der Betreuung stationärer, "dringenderer"

Zeit oft knapp aufgrund hoher Auslastung

Diese Zeit dürfen/sollen wir selber planen. Grundsätzlich ist aber schon die Erwartungshaltung vorhanden, möglichst viele abrechenbare Zeit zu haben und keine Überzeiten zu machen.

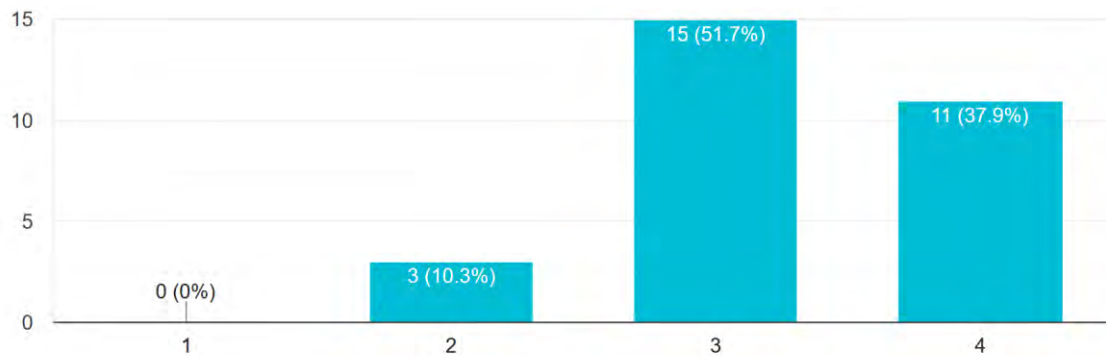
Zeit ist ein Dauerthema - je nach Anmeldeeingang hektisch, manchmal möglich

Ich kann die Arbeit sehr selbständig einteilen. Bei Zeitmangel muss/kann ich entsprechend Prioritäten setzen.

Zeit abhängig von Patientenanzahl, welche im Akutbereich stetig variiert

4. Mein Arbeitsgeber unterstützt ein Therapiesetting, das partnerschaftliche Therapieentscheidungen mit den Primärbetroffenen (PB) und Sekundärbetroffenen (SB) ermöglicht.

29 responses



Mein Kommentar / Bemerkung zur Zeit

5 Antworten

Unterstützen ja, aber die zeitlichen Komponenten, die für diese Vorgehensweise zur Verfügung gestellt werden, sind nicht ausreichend.

Unsere Logopädieabteilung ist relativ autonom und viele Entscheidungen können wir Logopädinnen selber treffen, z.B. die Therapieintensität, die Arbeit mit Angehörigen...

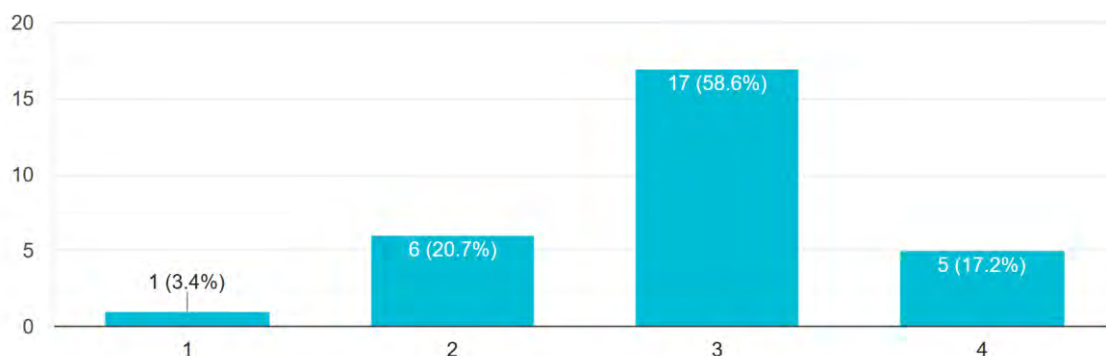
Angehörigengespräche (wenn sie indiziert oder gewünscht sind) müssen von den Therapeuten selber vereinbart werden. Ein spezielles, gegebenes Therapiesetting dafür gibt es nicht vom Arbeitgeber

Da haben wir komplett freie Hand.

Ambulantes Setting

5. Für den Einbezug des Lebenskontextes (Teilhabe, Aktivität) in die Therapieplanung stellt mir mein Arbeitgeber genügend Ressourcen zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar:

14 Antworten

Ja, ist aber teilweise aufgrund der unter Punkt 1 beschriebenen Umstände, nur unter erheblich mehr Zeitaufwand möglich, die Zeit, die ja bekanntlich immer fehlt.

Vielfach ist in den ersten Tagen nach Stroke gar noch nicht so viel möglich. Wir machen, was wir können. Wir sprechen mit den Angehörigen, verwenden vorhandenes Hilfsmaterial (Tablets, Handys...).

Wir definieren unsere Inhalte selbst und Teilhabe und Aktivität hatten schon immer einen hohen Stellenwert, schon vor dem ICF; wird im Bedside- Setting so gut es geht berücksichtigt; oft ist die unmittelbare Kommunikation mit dem Pflegepersonal.. erst einmal im Mittelpunkt, damit Grundbedürfnisse erfüllt werden können.

Grundsätzlich möglich, aber aufgrund des ambulanten Settings im Therapiezimmer (keine Hausbesuche, in vivo Therapie möglich) und beschränkter Therapiezeit nicht immer umsetzbar.

Ja, vor allem im ambulanten Setting.

Wir erfragen den Kontext (Teilhabe, Aktivität), dies aber aktiv durch zu führen, dafür reichen 45-60min Therapiezeit nicht aus. Falls solche Themen in der Therapie wichtig werden, geben wir die Therapie ggf. an Logopädinnen ab, die Domiziltherapie anbieten können und damit direkt vor Ort agieren und therapeutisch tätig sein können.

in der Akutphase 0-5Tage nicht im Vordergrund

Hierzu (wie auch bei den anderen Fragen) braucht man genügend personelle Ressourcen. Therapieplanung fällt generell sehr kurz aus.

Zeit ist begrenzt.

Dies ist in der Akutphase mit Abklärungsauftrag oft weniger Thema.

Meines Erachtens nicht nur eine Frage des Arbeitgebers sondern oft besteht auch "Druck" von seiten der Krankenkassen, so dass hier nicht immer ausreichend "Ressourcen" zur Verfügung stehen.

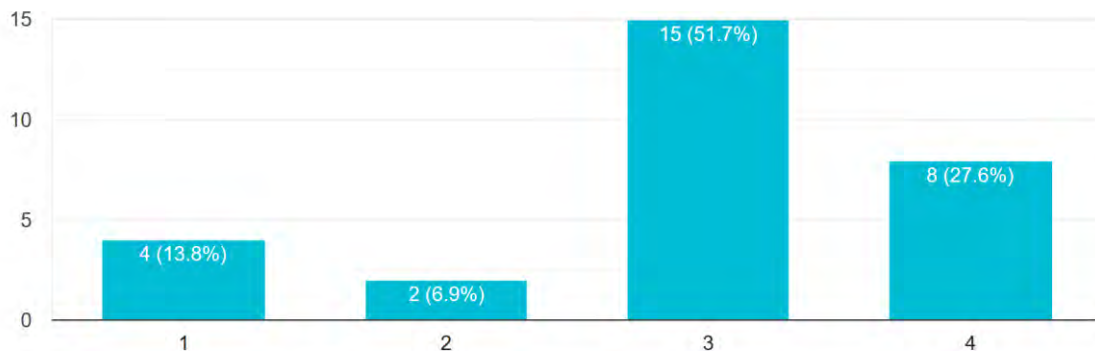
ICF-orientierte Vorgehensweise auf Reha-Abteilung, auf Akut-Abteilung (Stroke- Unit und alle anderen Abteilungen) weniger umsetzbar, aber auch (noch) nicht im Vordergrund

Auch hier haben wir keine Einschränkungen.

viel Freiheit in der Therapieplanung, Obiges hier nicht arbeitgeberabhängig

6. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zielsetzung und gemeinsame Aktionen) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar/ Zeiteinheit pro Woche (z.B. Neurorapport 1 h etc.) / pro Team oder pro Person

19 responses

Je nach Stationsgrösse 45 Min. bis 1h, Reharapport pro Station, an denen 2 Ärzte, 1 Sozieldienst, 1 Ergo, 1 Physio, 1 NP, 1 klinische Psychologie, 1 Pflege, 1 Sprachtherapie die neuen Pat. besprechen (Zielsetzungen, Schwerpunkt, Kontextfaktoren) und wenn noch Zeit ist, die wichtigsten anderen Pat. der jeweiligen Station besprechen. Sonstiger Austausch findet zwischen Tür und Angel oder schriftlich statt. Gemeinsame Aktionen am Pat. sind nicht vorgesehen.

Für jede Abteilung der Neurologie werden je 45min zum interdisziplinären Rapport zur Verfügung gestellt, es nimmt jeweils eine Vertretung jeder Disziplin daran teil. Zusätzlich haben wir wöchentlich 1h Teamsitzung und 1h Kolloquium zusammen mit den Neuropsychologen. Täglich findet ein 15-minütiger Rapport auf der Stroke Unit und ein 15-minütiger Rapport auf der Post Stroke Unit statt. An diesen beiden letzteren nehmen wir bei Bedarf teil.

Ist nicht nur ein Zeitproblem, bei uns primär ein Strukturproblem: Interprofessionelle Rapporte gibt es auf Wunsch der Pflege seit Jahren nur noch auf der Akutgeriatrie. Es gibt kein Gefäss für den mündlichen Austausch; Kommunikation mehr und mehr über die elektronische Akte, was auch effektiv sein kann.

täglich 30 Min. im Team Logo, wöchentlich 1.5 Std. Neuroreharapport

30min Neurorapport pro Woche

Jeden Tag Stroke Rapport (30 Min), 1x wöchentlich: HNO Tumor Rapport, Neurochirurgie Rapport, Dysphagie Rapport, 1x pro Monat: Phoniatrie Rapport, Interdisziplinäre Pause mit Therapien. Interdisziplinärer Austausch mit Ärzten via Telefon. wann immer es indiziert ist.

Neurorapport 30min/Woche, Intensivstation-Rapport 30min/Woche, Stroke Unit 15min/Tag

je nach Setting, in welchen der Pat ist (Akutgeriatrie und Palliativabteilung i.O.), ambulantes Setting oft schwierig, alle Professionen an einen Tisch zu bekommen.

Neurorapport 1:45 h/Woche + Neuroreha-Rapport 1h/Woche

1h Neurorapport/Woche + 1x täglich 1/4 h Rapport Stroke Unit

Neurorapport 30min (Austrittsplanung aller stationären Patienten) pro Woche, Morgenrapport zum Planen 30min täglich, alle anderen Gespräche werden nach Bedarf von den Therapeuten abgemacht, nichts fix, also sehr wenig Zeit

Wir sind auf sehr vielen unterschiedlichen Stationen unterwegs. Es ist weder möglich, noch sinnvoll, an allen Rapporten dabei zu sein, da wir teilweise nur vereinzelt Patienten auf einer Station haben.

45 min pro Woche plus Besprechungen, welche bei Notwendigkeit jederzeit erfolgen können. Kontakt und Austausch sind in unserem Haus sehr gut.

Neurorapport wurde gekürzt auf 1/2h. Bei Bedarf sind aber Besprechungen/Telefonate mit Ärzten/ET/PT/EB /Pflege auf Selbstinitiative mögl.

auf Neuro-Reha-Abteilung 1x/Wo interdisziplinäre Behandlungsbesprechungen, Dauer 30min - 1h 30 min (je nach Bedarf)

Auf Akut-Abteilungen keine fixe Teilnahme an interdisziplinären Rapporten

Pro Pat. (Akutgeriatrie) 10 Minuten interprofessionelle Team-Besprechung pro Woche; pro Pat. (falls nötig - findet jedoch meistens statt) 30 Minuten Standortgespräch mit Pat., Angehörigen und ganzem Betreuungsteam; 15 Minuten Morgenrapport pro Tag für alle Pat. (ca. 14 - 18 Pat.).

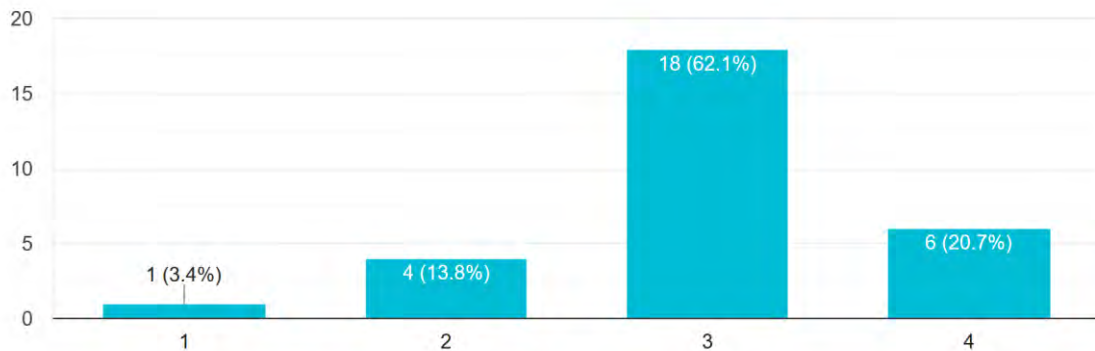
Auch hier abhängig vom aktuellen Anmeldeeingang. Strokerapport 1/2 h pro Woche. Im Akutsetting sind obige Fragen nach Teilhabe etc. noch nicht relevant! Es geht erst mal darum, dem Patienten zu verstehen zu geben, was mit ihm passiert ist - erst in der Reha und im ambulanten Setting ist mehr als Abklärung und Beratung angezeigt.

Neurorapport 1 - 1 1/2 Std. pro Woche; informelle Absprachen nach Bedarf

ca. 2-3h pro Team

7. Für die fallbezogene Dokumentation (Anamnese, Diagnostik, Beratung, Therapie, Therapieziele und interdisziplinäre Zusammenarbeit) stellt mir mein Arbeitsgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar/ ungenügend bei...:

9 responses

Fallbezogene Dokumentation für die oben erwähnten 11 bis 12 Pat./ d, erhalten wir derzeit im Schnitt 30 Min./ d. Ein- und Austrittsberichte inbegriffen. Das ist viel zu wenig Zeit. Da muss man sehr gut organisiert und strukturiert auf den Punkt bringend arbeiten, um hier qualitativ mit seinen eigenen therapeutischen Vorstellungen/ Ansprüchen mithalten zu können.

Zur Verfügung stehende Zeit variiert je nach täglichem Arbeitsaufkommen; auch Erreichbarkeit der Angehörigen und deren zeitl. Ressourcen sind ein Faktor; oben gen. Inhalte sind primär von der Belastbarkeit- psych. und physisch abhängig, nicht immer ist alles oben Genannte komplett möglich.

Grundsätzlich immer möglich, in strengen Zeiten jedoch nur auf Überzeit möglich

v.a. ambulant gut, stationär zeitlich knapp aber immer möglich

Dokumentation benötigt viel Zeit

Falls ich länger als 15min für die Dokumentation pro Patient habe, so kann ich es nicht verrechnen. Ich muss dann schauen, dass ich daneben abrechenbare Einheiten habe, dass ich am Tag auf meine 70-80 % abrechenbare Einheiten komme

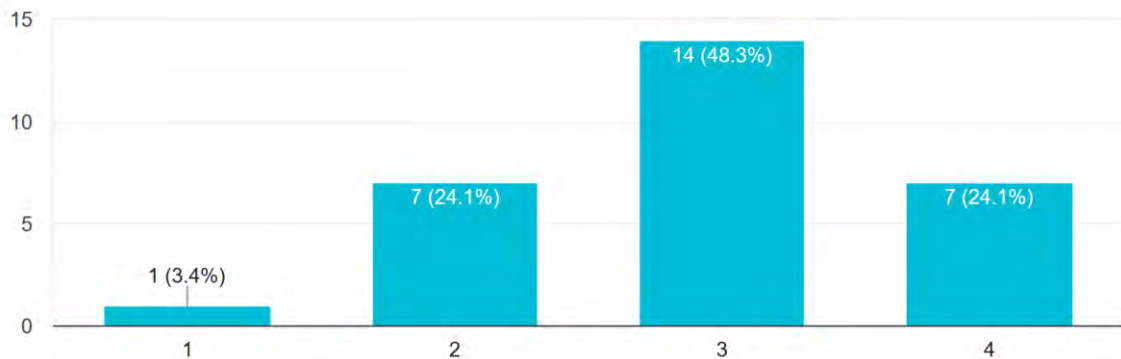
Dies ist grundsätzlich mögl. Pro Patient stehen jeweils 15 Min. dafür bezahlt zur Verfügung.

Diese Administrationszeit dürfen wir selber einteilen, grundsätzlich aber - wie schon erwähnt - besteht der Wunsch, möglichst viel abrechenbare Arbeitszeit zu haben und möglichst keine Überstunden zu machen.

Zeit abhängig von Patientenanzahl, welche im Akutbereich stetig variiert

8. Für die regelmässige Evaluation der Therapie (Verlaufsdagnostik, Zweck und Wirksamkeit) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar:

9 responses

Es kommt hier immer auf das Gleiche heraus. Gewollt ist das Ganze vom AG sehrwohl, aber die Zeit dafür gibt es nicht. Diese Lücke ist dem AG bekannt, wird in unserer Institution nicht offen kommuniziert. Es benötigt meiner Meinung nach Behandlungspfade in denen alles gut organisiert und transparent dargestellt ist und die gleichzeitig noch genügend Freiraum lassen.

Wir können auch hier selber planen, wie oft und wann wir die Evaluation der Therapie durchführen wollen. Grundsätzlich könnten wir aber sicher mehr Stellenprozente gut vertragen... wir sind von den Ressourcen her oft knapp.

s.o.: Bei 3 Tagen Aufenthaltsdauer ist eine tägliche Verlaufsdagnostik oft nicht sinnvoll: In der Akutphase ist meiner Erfahrung nach erst mal Zeit für Unterstützung/Ermutigung in die noch vorhandenen Fähigkeiten sinnvoll, nicht ständig Konfrontation mit den Defiziten (ICF- Thema Ressourcen stärken!!)

Im klinischen Alltag nicht immer möglich, da Zeitressourcen fehlen

dito Frage 7

Erfolgt in den Therapiezeiten.

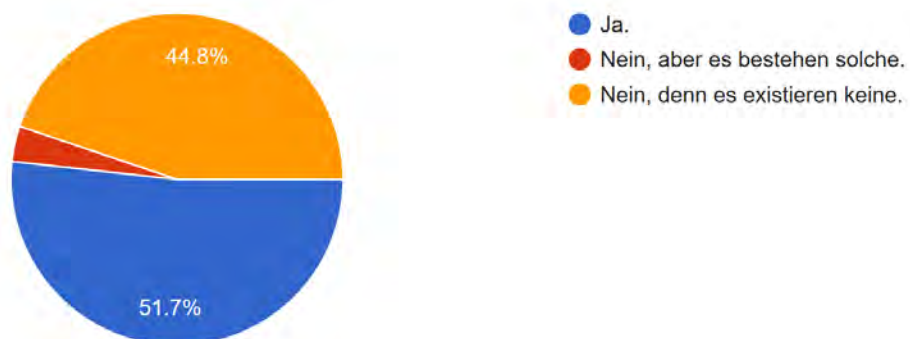
Nicht so relevant, da die Therapiedauer oft sehr kurz ist, 1-max.14 Tage

Dito

Es gibt meist zuviele andere Verpflichtungen und Dringlichkeiten (Patienten).

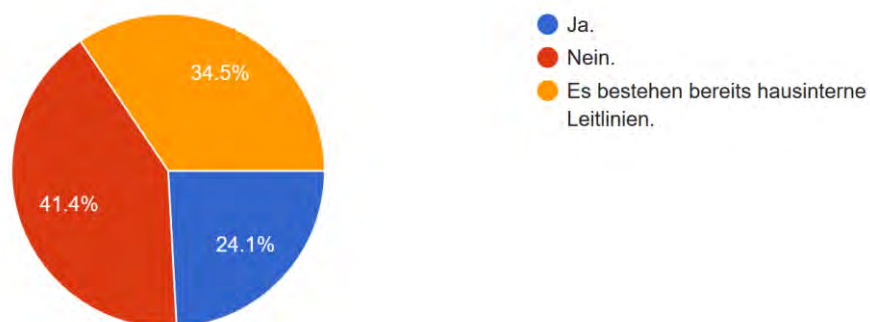
9a.) Es wird nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung gehandelt.

29 responses



9b.) Es besteht das Bedürfnis nach hausinternen Empfehlungen/Vorgaben/Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung.

29 responses



Mein Kommentar:

12 responses

Das ist mein Bedürfnis, ich weiss nicht, ob es einen Auftrag von der Klinikleitung dafür gibt.

Wir haben nicht festgelegte Leitlinien im engeren Sinne. Grundsätzlich sehen wir die Pat. so früh wie möglich und entscheiden dann über den weiteren Behandlungsplan. Der Ablauf ist nicht offiziell dokumentiert, wir handeln jedoch alle gleich -> Baldige Diagnostik kurz nach Einlieferung (auf die Stroke Unit gehen wir jeweils um 9h und dann nach Bedarf und Kapazität), dafür stehen uns verschiedene Screenings zur Verfügung, dann Entscheidung ob und wie oft Therapie und dann die Therapieaufnahme.

Leitlinien der Abteilung Logopädie für Frequenz schriftlich, Inhalte über Intervention und Fallbesprechungen ständig in Diskussion unter Einbeziehen aktueller Fachartikel;

Wir haben Grundsätze, nach denen wir arbeiten aber keine niedergeschriebenen Leitlinien

Ein Bedürfnis habe ich nicht nach Leitlinien, aber etwas mehr Zeit um sich in der Thematik/individuellem Fall zu vertiefen

Vorgaben wie "innerhalb der ersten 24h nach Stroke am Bett sein" haben keinen Sinn, da Patienten häufig noch vigilanzgemindert sind oder andere Probleme im Vordergrund stehen.

Müsste bezüglich Relevanz und Nutzen für das Haus geprüft werden. Es gibt Dysphagie-Richtlinien, welche für viele Disziplinen in der täglichen Arbeit relevant sind.

Es liegt jeweils im Ermessen der therapierenden KollegIn, sich mit dem aktuellen Stand vertraut zu machen, fällt

Da wir ein sehr kleines Team sind, ist unsere Arbeitsweise sehr transparent und es besteht kein Bedarf an Leitlinien.

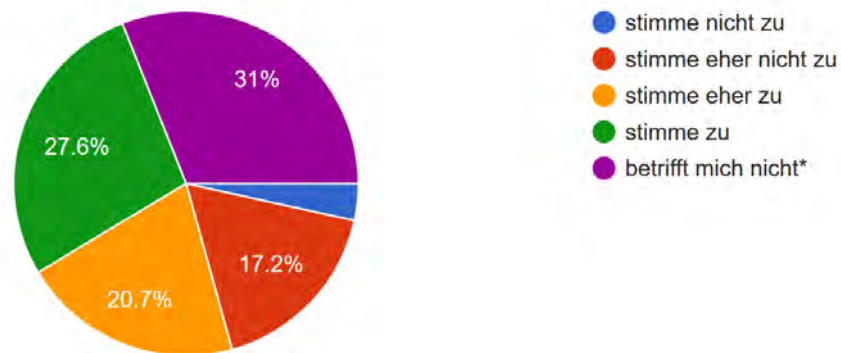
Empfehlungen ist richtiger als Leitlinien - sehr pragmatische Umsetzung im Umgang mit Akutbetroffenen

Wir haben Freiraum in der Behandlung und orientieren uns nach den Empfehlungen aus Literatur und/oder Fortbildungen.

laufende Anpassung nötig

9c.) Für die Erarbeitung von hausinternen Empfehlungen/Vorgaben /Leitlinien im Bereich der Aphasiebehandlung (abgesehen von den Leitlinien von Aphasie Suisse, CPLOL, ASHA...) stellt mir mein Arbeitgeber genügend Zeit zur Verfügung.

29 responses



Mein Kommentar/ *es betrifft mich nicht, weil...

8 responses

s.o.

Ich habe hier keinen Auftrag, obwohl ich meiner Meinung nach die Qualifizierung dafür hätte. Unsere aktuelle Leitung ist damit überfordert. Deligiert wird nicht, es gibt immer nur die Oberen die entscheiden, das "Fussvolk" darf hier aktuell nicht partizipieren.

Wenn Erarbeitung sinnvoll und notwendig, dann nimmt man sich dafür Zeit

es gibt keine Zeit dafür, ist nicht im Interesse des Arbeitgebers, ist nicht lukrativ

aktuell keine solche Leitlinien angedacht/erwünscht sind.

Unsere Arbeit mit Akutaphasiepatienten ist nicht das Schwergewicht - und wie geschrieben kommen die Leitlinien erst im postakuten Stadium richtig zur Geltung.

Aktuell andere wichtige Ausarbeitungen geplant

10. Was wäre Ihre Vision, um ein Mehr an Qualität bezüglich der Rahmenbedingungen im Bereich der akuten Aphasiebehandlung zu erreichen? Wer sollte was tun?

18 responses

Es muss zunächst der Auftrag von der Konzernleitung da sein, um hier etwas verändern zu können. Kein Auftrag, keine Veränderung. Da kämpft man sonst gegen Windmühlen.

Meine Vision allgemein:

Voraussetzungen/Rahmenbedingungen für gelingende Interprofessionelle Zusammenarbeit - Evidenzbasiert

- System/Regierungsebene
 - Gesetzgebung
- Organisations-/Institutionsebene
 - Commitment seitens der Organisation/Institution (Leitbild und Führungsleitbild/-kultur)
 - Finanzielle Ressourcen (Zeit ohne Patient/Klient muss finanziert sein)
 - Zeitliche Ressourcen (Gesprächsforen)
 - Räumliche Verdichtung (Nahe räumliche Anordnungen aller Teammitglieder)
 - Flache Hierarchien è integrative Führung

Ich bin mit der aktuellen Situation ziemlich zufrieden. Da wir keine Dysphagietherapie durchführen, können wir uns voll und ganz auf die Sprech- und Sprachstörungen konzentrieren. Unsere Ansprüche bezüglich Aphasiebehandlung sind sehr hoch und wir versuchen diese so gut wie möglich umzusetzen. Limitierend ist dabei einzig die Ressourcenknappheit beim Personal. Einen Stellenaufbau konnten wir schon durchsetzen, ohne dabei die Anzahl der ambulanten Patienten aufzustocken. Da die Patientenzahlen sehr fluktuierend sind, ist eine optimale Lösung jedoch schwierig. Manchmal haben wir mehr als genug zu tun und dann gibt es - jedoch seltener - auf Flauten.

Bei uns im Haus gibt es keine neurologische Bettenstation, d.h. die Insult- Pat. sind auf den medizinischen Stationen verteilt, die Neurologen sind konsiliarisch eingebunden.

Austausch interprofessionell für stationäre Pat. mit den Neurologen wäre wünschenswert, ist bereits für die ambulanten Pat. umgesetzt; bei der kurzen Verweildauer der Pat. erscheint mir das wichtiger, da Pat. oft dann lange ambulant bei uns sind.

bessere Ausbildung, mehr Eigenverantwortung der Logopädinnen

Interdisziplinärer Austausch, standardisierte Abklärungsmaterialien, ausführliche Übergabe an weiterführende Institution

Gute Lagerung für die Therapie durch die Pflege oder Physiotherapie, mehr zeitliche Ressourcen für Sprachbetroffene, Einzelzimmer oder Therapieräume auf jeder Station

Sensibilisierung der Ärzte und Krankenkassen. Moderner Ersatz des AAT. Stabile, dauerhaft supportierte App. Weg vom Vergleich mit funktionell orientierten (Physio)-Therapien.

Erhöhung der Qualität durch multiprofessionelles und intradisziplinäres Arbeiten am Patient. Mehr Ressourcen zur objektiven Schluckabklärungen.

mehr Zeit, mehr interdisziplinäre Fallbesprechungen

Mehr personelle Ressourcen durch höheren Stellenwert der Logopädie innerhalb der Therapien!

Innerhalb des Logopädie-Fachbereichs evaluieren, im interdisziplinären Therapie-Team evaluieren. Überlegungen zu Richtlinien im Fachteam, im interdisziplinären Team und im ganzen Hause. Zu beachten: In jedem Haus gibt es hunderte Richtlinien (Pflege, Anästhesie, Ernährungstherapie etc....), welche schliesslich nicht gelesen oder beachtet werden. Für eine langfristig steigerbare Qualität braucht es Effektivität für den Praxisalltag ("Wenn wir dies machen, dann lohnt sich das, damit...", wiederholend anwendbar, einfach zu verstehen), interdisziplinäre Beziehungen müssen gepflegt werden und falls sich Richtlinien im Alltag bewähren können, müssen diese nachhaltig weitergegeben werden (Schulungen, Papers oder oder oder). Dies kostet Ressourcen bei mehreren Instanzen. Das Ideal bezüglich Qualität gilt es anzustreben, aber nach einigen Jahren Berufserfahrungen wird man verstehen, dass politische, finanzielle und persönliche Grenzen bestehen.

Kontinuität der Therapeutinnen, mehr Angehörigenberatung/-Gespräche

Könnte mir hier einen Arbeitszirkel innerhalb der Akutspitäler vorstellen, der entsprechend "praxisnahe" Qualitätsleitlinien erarbeitet. Dies sollte meines Erachtens "entlohnt" werden.

in unserer Klinik mit Stroke Unit kein "Mehr"-Bedarf notwendig, ausreichende Integration der Logopädie und frühzeitige Intervention möglich

Auf Station bessere Räumlichkeiten um in Ruhe mit Pat. arbeiten zu können.

Dysphagie oft im Vordergrund - je nach Anzahl Patienten dann dies zuerst im Fokus. Trotzdem erhalten Aphasiebetreffende die nötige Unterstützung für die ersten paar Tage im Akutspital von der Logopädie. Noch mehr Stellenprozentage wären immer wünschenswert.

Die immer mehr werdende, oft unnötige/sinnlose Administrationszeit, die die Freude an der Arbeit logischerweise nimmt und dabei kostbare Pat.-Zeit verloren geht, um ein vielfaches zu reduzieren/zum vereinfachen!

Möglichkeit zur Arbeit in freien Praxen schaffen (Anerkennungsrichtlinien zur Erlangung einer Konkordanznummer ...)