



fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH

**FH-Masterlehrgang Master of Science in Ergotherapie und
Handlungswissenschaft 2017-2020**

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils betreuender Partnern/innen von Personen nach einem Schlaganfall

Masterarbeit

Verfasserin: B. Sc. Stefanie Jenni
Betreuer/in: Dr. med. Hans Peter Rentsch
Prof. ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Costa

Innsbruck, im August 2020

**„Da hat sich alles verändert, da ist nichts mehr
wie vorher. Wirklich nichts mehr.“**

(TN5, Zeile 390)

Vorwort

Im Laufe meines Masterstudiums in Ergotherapie und Handlungswissenschaften ist das Interesse gegenüber dem erweiterten Klientenkreis immer grösser geworden. Weiter hat mich dabei das Thema der Gesundheitsförderung geprägt, fasziniert und in meiner persönlichen Entwicklung weitergebracht. Die Summe dieser Interessen in Kombination mit dem ergotherapeutischen Fachbereich Neurologie, für den mein Herz schlägt, hat das folgende Masterarbeitsthema ergeben.

Bei der Arbeit im interdisziplinären Team mit Menschen nach einem Schlaganfall sowie mit deren Angehörigen in der neurologischen Rehabilitationsklinik in der Schweiz erlebe ich regelmässig, dass betreuende Partner/innen nach der Rückkehr der betroffenen Person ins häusliche Umfeld an ihre physischen sowie psychischen Grenzen stossen. Es fällt ihnen offenbar schwer, ihre Selbstfürsorge wahrzunehmen und sich nicht für die Person nach einem Schlaganfall aufzugeben. Weiter ist zu beobachten, dass manche betreuenden Partner/innen diese Herausforderung leichter meistern als andere.

Sie spielen eine wesentliche Rolle hinsichtlich der nachhaltigen Weiterversorgung im häuslichen Umfeld und tragen dazu bei, dass die Betroffenen eine hohe Lebensqualität beibehalten können. Hierfür ist es jedoch essenziell, dass die betreuenden Partner/innen selbst gesund bleiben. Daher stellt sich die Frage, wie sich ihre Handlungsrollen und ihr Betätigungsprofil durch die Rückkehr der Person nach einem Schlaganfall ins häusliche Umfeld verändern und welche Ressourcen sie mitbringen, um diese Aufgabe im Sinne einer gesundheitsförderlichen Rollenorchestrierung zu bewältigen.

Danksagung

Mein herzlicher Dank geht an die betreuenden Partner/innen, die sich bereit erklärt haben, an meiner Studie teilzunehmen, trotz dichtem Alltagsprogramm und hoher Belastung. Nicht zu vergessen sind der nicht unerhebliche zeitliche Aufwand und das Offenlegen ihrer persönlichen Geschichten sowie Erfahrungen in den Interviews in dieser herausfordernden Zeit, die sie durchleben.

Ein weiteres Dankeschön geht an die Ergotherapeuten/-therapeutinnen, die als Schlüsselpersonen tätig waren und Teilnehmer/innen vermittelt haben.

Für die Betreuung durch Dr. med. Hans Peter Rentsch und Prof.ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Costa möchte ich mich ebenfalls herzlich bedanken.

Weiter möchte ich mich bei den Menschen aus meinem sozialen Umfeld bedanken, die mir geduldig beigestanden sind, viel Verständnis für meine Abwesenheiten gezeigt und mich immer wieder motiviert haben.

Einen besonderen Dank möchte ich meinen Mitstudenten/-studentinnen aussprechen, die mich während drei toller Studienjahre begleitet und durch diese Arbeit getragen haben. Dank den vielen Diskussionen, dem fachlichen Austausch, dem Gegenlesen und den motivierenden Worten konnte erst eine solche Abschlussarbeit entstehen.

Herzliches Dankeschön!

Zusammenfassung

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils betreuender Partnern/innen von Personen nach einem Schlaganfall

Verfasserin: Stefanie Jenni B. Sc.

BetreuerInnen: Dr. med. Hans Peter Rentsch, Prof.ⁱⁿ (FH) Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Costa

Studiengang: M. Sc. in Ergotherapie und Handlungswissenschaft

Institution: fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol

Schlüsselwörter: Handlungsrolle, Betätigungsprofil, Ressourcen, Partner/in, Schlaganfall, Ergotherapie

Hintergrund und Relevanz der Arbeit: Betreuende Partner/innen stossen nach der Rückkehr der Person nach Schlaganfall ins häusliche Umfeld an ihre physischen sowie psychischen Grenzen. Weiter ist zu beobachten, dass manche betreuenden Partner/innen diese Herausforderung leichter meistern als andere. Sie spielen eine wesentliche Rolle hinsichtlich der nachhaltigen Weiterversorgung im häuslichen Umfeld. Hierfür ist es jedoch essenziell, dass sie selbst gesund bleiben. Welche Ressourcen dabei unterstützend wirken, soll mit dieser Arbeit herausgefunden werden, um Hinweise zum Ausbau von Angeboten für betreuende Partner/innen zu geben.

Forschungsfragen: Wie verändern sich das Betätigungsprofil und die Handlungsrollen betreuender Partnern/innen innerhalb der ersten zwölf Monate und frühestens drei Monate nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einer Person, die erstmalig einen Schlaganfall hatte? Wie zeigt sich dieser Rollenwandel? Welche Ressourcen zur Orchestrierung ihrer Handlungsrollen benennen die betreuenden Partner/innen?

Annahme: Betreuende Partner/innen, welche mit einer Person nach einem Schlaganfall zusammenleben, beschreiben eine Veränderung ihres Betätigungsprofils und ihrer Handlungsrollen. Weiter führen sie Ressourcen an, welche in ihrer Rollenorchestrierung und Anpassung des Betätigungsprofils unterstützend wirken.

Ziel der Arbeit: Generierung von Wissen zur Veränderung des Betätigungsprofils sowie der Handlungsrollen betreuender Partnern/innen und welche Faktoren die Veränderungen erleichtern. Durch diese Arbeit Untersuchung können Hinweise für die praktisch-theoretische Arbeit und mögliche Praxisempfehlungen für die neurologische Rehabilitation gegeben werden.

Methode: Mit fünf betreuenden Partnern/Partnerinnen (n = 5) wurde ein problemzentriertes Interview geführt. Daneben wurden ein Wochenplan zur Erhebung des Betätigungsprofils sowie die Rollencheckliste des Model of Human Occupation (MOHO) ausgefüllt. Nach der Transkription wurden die drei Datenquellen fallbezogen trianguliert und im Anschluss angelehnt an Elo und Kyngäs (2007) sowohl induktiv als auch deduktiv analysiert. Darauf folgte eine vergleichende Fallanalyse.

Ergebnisse: Alle Teilnehmer/innen beschrieben eine Veränderung des Betätigungsprofils sowie der Handlungsrollen. Vorwiegend werden auf Handlungen im Bereich der Freizeit und Erholung verzichtet. Die Koordination und Organisation von Terminen wird zu einem wesentlichen Bestandteil des Betätigungsprofils. Alle Teilnehmer/innen weisen ausgeprägte personenbezogene Ressourcen auf, die in der Orchestrierung ihrer Handlungsrollen unterstützend wirken, und zwar auf dem Gebiet der Reflexivitätsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Zufriedenheit.

Diskussion und Schlussfolgerung: Betreuende Partner/innen erfahren eine Verschiebung der Handlungen in allen Lebensbereichen. Sie befinden sich in einem Transitionsprozess und zeigen ein Betätigungsungleichgewicht. Viele Handlungen werden als ‚Co-Occupation‘ durchgeführt. Mit dieser Studie werden bestätigende Hinweise gegeben, dass die Integration der betreuenden Partner/innen in den Rehabilitationsablauf im stationären sowie ambulanten oder häuslichen Setting notwendig ist, um eine Orchestrierung ihrer Handlungsrollen zu erreichen.

Abstract

Transformed roles and occupational profiles of caregiving partners of people after stroke

Author: Stefanie Jenni B. Sc.

Supervisors: Dr. med. Hans Peter Rentsch, Prof. Ursula Costa, PhD, MA

Course: Master of Science in Ergotherapie und Handlungswissenschaft

Institution: fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol

Keywords: role, occupational profile, stroke, resource, caregiving partners, occupational therapy

Introduction: After a person affected by stroke returns to their home environment, caregiving partners often reach their physical and psychological limits. Some caregiving partners cope with the challenges more easily than others. Caregiving partners play an essential role in the provision of sustainable care within the home environment. Therefore, it is crucial that the caregiving partners themselves remain healthy.

Research question: How do the occupational profiles and the occupational roles of caregiving partners change within the first 12 months and, at the earliest, three months after a person affected by stroke returns to the home environment? How do these role changes manifest? Which resources do the caregiving partners describe that support the orchestration of their occupational roles?

Assumptions: Caregiving partners who live with a person after stroke report a change in their occupational profiles and occupational roles. They also describe resources that have supported them in the orchestration of their occupational roles and the adaptation of their occupational profile.

The aim of the work: The aim of this study is to generate knowledge about the changes that occur regarding the occupational profiles and the roles of partners providing care and the factors that facilitate the transformative process. Through this work, practical and theoretical recommendations and possible suggestions for neurological rehabilitation shall be given.

Methods: Problem-centred interviews were conducted with five caregiving partners ($n=5$). An occupational profile of one week was established, and the role checklist of the model of human occupation (MOHO) was completed. After transcription, the three data sources were triangulated on a case-by-case basis and subsequently analysed inductively and deductively, following Elo and Kyngäs (2007). This was followed by a comparative case analysis.

Findings: All participants described a change in their respective occupational profiles and their occupational roles. Occupations, predominantly in the areas of leisure and recreation, were abandoned. The coordination and organisation of appointments became an essential part of the occupational profile. All participants demonstrated distinct personal resources in the areas of reflexivity, communication skills and satisfaction, which facilitated the performance of their roles.

Discussion and implications: Caregiving partners describe a shift in occupations in all areas of life. They find themselves in the middle of a process of transition and show occupational imbalance. Many occupations are now carried out as "co-occupations." This study confirms that the integration of the caregiving partners into the rehabilitation process in the stationary, ambulant and domiciliary setting is necessary to achieve a healthy orchestration of the roles.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	13
Abstract	14
1 Einleitung	10
1.1 Motivation für das Forschungsthema.....	10
1.2 Ergotherapeutische Relevanz	11
1.3 Zielsetzung.....	12
1.4 Forschungsfrage	13
1.5 Annahmen.....	13
1.6 Aufbau der Arbeit	13
2 Theoretischer Hintergrund.....	15
2.1 Klärungen relevanter Begriffe dieser Arbeit	15
2.1.1 Schlaganfall	15
2.1.2 Betätigungsprofil	15
2.1.3 Ressourcen.....	16
2.1.4 Betreuende/r Partner/in	17
2.1.5 Erweiterter Begriff des/der Klienten/Klientin	18
2.1.6 Orchestrierung	18
2.2 Neurorehabilitation in der Schweiz	18
2.3 Definition der Ergotherapie.....	19
2.4 Folgen eines Schlaganfalls für die Person nach Schlaganfall.....	20
2.5 Folgen eines Schlaganfalls für betreuende Partner/innen	20
2.6 Bedürfnis- und Bedarfserhebungbetreuender Partner/innen	21
2.7 Tätigkeiten betreuender Partner/innen	22
2.8 Ressourcen betreuender Partner/innen.....	23
2.9 Model of Human Occupation als ergotherapeutisches Bezugsmodell	24
2.9.1 Handlungsrolle	25

2.9.2	Rollencheckliste	25
2.9.3	Rollenveränderung.....	26
3	Methodisches Vorgehen.....	27
3.1	Methodologische Überlegungen und erkenntnistheoretischer Hintergrund	27
3.2	Datenerhebungsinstrumente	29
3.2.1	Problemzentriertes Einzelinterview	29
3.2.2	Betätigungsprofil	30
3.2.3	Rollencheckliste	31
3.3	Transkriptionsregeln.....	31
3.4	Datenanalyse	32
3.5	Ethische Überlegungen	36
3.6	Datenschutz und Datenmanagement	37
4	Ergebnisse	38
4.1	Darstellung der Teilnehmer/innen	38
4.2	Darstellung der Fallvignetten.....	39
4.3	Relevante Ergebnisse	51
4.3.1	Veränderung des Betätigungsprofils.....	51
4.3.2	Veränderung der Handlungsrollen.....	53
4.3.3	Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen	55
4.4	Vergleichende Fallanalyse	57
4.4.1	Veränderung des Betätigungsprofils.....	57
4.4.2	Veränderung der Handlungsrollen.....	65
4.4.3	Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen	69
5	Diskussion.....	78
5.1	Bewertung und Interpretation der Ergebnisse	78
5.1.1	Veränderung des Betätigungsprofils.....	78
5.1.2	Veränderung der Handlungsrollen.....	81
5.1.3	Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen	82

5.2	Praxisempfehlungen	85
5.3	Vorteile und Limitationen der Studie.....	85
5.3.1	Vorteile der Studie.....	85
5.3.2	Limitation der Studie	86
6	Fazit.....	88
7	Anhang.....	89
7.1	Literaturverzeichnis	89
7.2	Abbildungsverzeichnis.....	94
7.3	Tabellenverzeichnis	94
7.4	Einladungsschreiben für die Teilnehmer/innen.....	95
7.5	Informationsschreiben für die Teilnehmer/innen.....	96
7.6	Einwilligungserklärung für die Teilnehmer/innen.....	98
7.7	Kurzfragebogen zur Erhebung demographischer Daten.....	100
7.8	Interviewleitfaden	102
7.9	Wochenplan zur Erhebung des Betätigungsprofils	103
7.10	Rollencheckliste Teil 1.....	105
7.11	Rollencheckliste Teil 2.....	106
7.12	Verschwiegenheitserklärung	107
7.13	Stellungnahme RCSEQ.....	109
7.14	Nichtzuständigkeitserklärung Ethikkommission Zürich	111
7.15	Eidesstattliche Erklärung.....	112
7.16	Berufsbezogener Lebenslauf	113

1 Einleitung

Im ersten Kapitel dieser Arbeit werden die Motivation der Autorin für das vorliegende Forschungsthema und die ergotherapeutische Relevanz erörtert. Darauf folgen die Zielsetzung und die drei Forschungsfragen. Im Anschluss wird auf die bestehenden Annahmen eingegangen und zuletzt der Aufbau der Arbeit dargestellt.

1.1 Motivation für das Forschungsthema

Jährlich erleiden in der Schweiz rund 16'000 Menschen einen Schlaganfall (swissneuro e. V., 2019b). Über 130'000 Personen mit einer Hirnverletzung leben dort (Gustavsson et al., 2011).

Jeder vierte Person nach einem Schlaganfall zeigt langfristige Einschränkungen und ist *nicht mehr dazu in der Lage, ein selbstständiges Leben zu führen* (swissneuro e. V., 2019b). Laut dem Bundesamt für Statistik leisten 38,1 % der Schweizer/innen zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr sowie 38,5 % zwischen dem 55. und 64. Lebensjahr informelle Hilfe (Bundesamt für Statistik [bfs] e. V., 2017). Weiter beschreiben unterschiedliche Autorinnen und Autoren (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, 2009; Gan & Schuller, 2002; Gosling & Oddy, 1999; Jungbauer, Cramon & Wilz, 2003; Leathem, Heath & Woolley, 1996) in Frommelt und Lösslein (2010), dass es nach der Hirnschädigung eines Angehörigen zu einer bedeutsamen Veränderung der Rollenverteilung innerhalb der Familie kommt. Dabei werden Alltagsaufgaben zeitweise oder langfristig unter den Familienmitgliedern neu vergeben. Angehörige übernehmen oft die Verantwortung für finanzielle und rechtliche Angelegenheiten. Diese Rollenverteilung kann zu vielfältigen Spannungen führen, wenn sie von den Personen nach einem Schlaganfall nicht als notwendig oder sinnvoll erachtet wird. Grund dafür ist möglicherweise eine reduzierte Akzeptanz der Krankheit als häufige Folge einer Hirnschädigung (Frommelt & Lösslein, 2010). Ein einschneidendes Ereignis wie ein Schlaganfall des/der Partners/Partnerin bringt langfristig grosse Veränderungen für alle Beteiligten mit sich – einerseits für die Person nach Schlaganfall selbst und andererseits für ihr soziales Umfeld. Den umfassendsten Wandel im sozialen Umfeld erleben die nahestehenden betreuenden Partner/innen, da diese den Alltag mit der Person nach einem Schlaganfall gemeinsam bestreiten und bereits kleine Veränderungen eine grosse Auswirkung auf den Alltag haben können.

1.2 Ergotherapeutische Relevanz

Laut Costa, Pasqualoni und Wetzelsberger (2016) kann infolge der Veränderung des Alltags eine Unausgewogenheit in Bezug auf Betätigungen (Occupational Imbalance) entstehen. Bei einem/einer betreuenden Partner/Partnerin ergibt sich diese durch die Betreuung einer Person nach Schlaganfall. Das Ungleichgewicht trägt auf Dauer zur Beeinträchtigung von Gesundheit und Lebensqualität bei (European Network of Occupation Therapy in Higher Education [ENOTHE], 2007, zitiert nach Costa et al., 2016). Das Konzept der Handlungswissenschaft *beruht auf der Annahme, dass möglichst abwechslungsreiche Betätigungen im Alltag für Erwerbs- und unbezahlte Arbeit, in der Freizeit und Erholung sowie für die Gesundheit und das Wohlbefinden förderlich sind* (Standnyk et al., 2011, zitiert nach Costa et al., 2016).

Zudem stellen betreuende Partner/innen einen Teil der Klientenkonstellation dar (Fisher, 2018). Satink, Cup, Swart und Nijhuis-van der Sanden (2018) bestätigen in ihrer Studie die Herausforderung bei der Orchestrierung von Handlungsrollen der Partner/innen, der Betreuer/innen, der Therapeut/innen und der Familienmitglieder. Vor diesem Hintergrund ist der Einbezug der jeweiligen Partner/innen in den ergotherapeutischen Prozess in der Neurologie essenziell. Zwar geschieht dies im Praxisalltag. Jedoch wird der Blick nur selten auf die Veränderung ihres Betätigungsprofils und ihrer Handlungsrollen gerichtet. Laut Berry et al. (2018) integrieren Ergotherapeuten/-therapeutinnen die Person und den Kontext einschliesslich des sozialen Bezugsrahmens in die Behandlung. Treten Rollenkonflikte auf und werden Anpassungen vorgenommen, können sie ein positives Gleichgewicht fördern, indem sie alle Handlungsrollen beachten. Weiter gehen sie mit einer Haltung der Achtsamkeit und Sorgfalt an den/die betreuende/n Partner/in und an die Person nach einem Schlaganfall heran (Berry et al., 2018).

Der Handlungsrollenwechsel ist *ein wesentlicher Bestandteil der menschlichen Entwicklung und erfordert häufig eine signifikante Neustrukturierung. Dies ist nicht nur für das Individuum, sondern auch innerhalb des sozialen Umfeldes erforderlich* (Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005). Laut Hage und Powers (1994) benötigen Menschen zudem, um Teil einer Beziehung zu sein, positiv entwickelte Interaktionsfähigkeiten, konstante Bemühungen, den Willen, ein bestimmtes Mass emotionaler Schwingungen auszuhalten und eine hohe Kooperationsbereitschaft. Daher ist bei Betrachtung der Veränderungen des

Betätigungsprofils und der Handlungsrollen der betreuenden Partner/innen, der Fähigkeit, Teil einer Beziehung zu sein und der Einschränkungen als Folge eines Schlaganfalls zu erkennen, dass das Zusammenleben eines/r betreuenden Partners/Partnerin und einer Person nach einem Schlaganfall eine Herausforderung für beide Parteien darstellt. Zudem wird in der Ergotherapie davon ausgegangen, dass alle Menschen Ressourcen besitzen (Le Granse, van Hartingsveldt & Kinébanian, 2019). In der ressourcenorientierten Ergotherapie wird auf die Verhältnismässigkeit zwischen aktuell verfügbaren Ressourcen und dem Anforderungsprofil der ergotherapeutischen Intervention geachtet (Joswig, 2010).

1.3 Zielsetzung

Ziel ist es, Wissen zur Veränderung des Betätigungsprofils und der Handlungsrollen betreuender Partner/innen zu generieren. Daneben gilt es herauszufinden, welche Faktoren die Veränderungen erleichtern und im Sinne einer Orchestrierung der Handlungsrollen unterstützend sein können.

Durch die gewonnenen Erkenntnisse lassen sich praktisch-theoretische Empfehlungen für die neurologische Rehabilitation geben. Dabei soll der Blick auf die betreuenden Partner/innen gerichtet werden.

Diese Arbeit kann im klinischen neurologischen Setting als Grundlage für die Erarbeitung eines Konzeptes dienen. Mit Letzterem ist es denkbar, die betreuenden Partner/innen bereits vor dem Austritt der Person nach Schlaganfall aus der stationären neurologischen Rehabilitationsklinik auf die Veränderung ihrer Handlungsrollen und die damit einhergehende Veränderung des Betätigungsprofils vorzubereiten. Anhand der Forschungsergebnisse sollen weiterversorgende Ergotherapeuten/-innen im neurologisch ambulanten und/oder im häuslichen Umfeld bezüglich einer gesundheitsförderlichen Rollenorchestrierung unterstützt werden.

1.4 Forschungsfrage

1. Wie verändert sich das Betätigungsprofil betreuender Partner/innen innerhalb der ersten zwölf Monate und frühestens drei Monate nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einer Person, die erstmalig einen Schlaganfall hatte?
2. Welche Veränderung der Handlungsrollen beschreiben betreuende Partner/innen innerhalb der ersten zwölf Monate und frühestens drei Monate nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einer Person, die erstmalig einen Schlaganfall hatte? Wie zeigt sich diese Rollenveränderungen?
3. Welche Ressourcen zur Orchestrierung ihrer Handlungsrollen benennen betreuende Partner/innen innerhalb der ersten zwölf Monate und frühestens drei Monate nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einer Person, die erstmalig einen Schlaganfall hatte?

1.5 Annahmen

Es kann angenommen werden, dass betreuende Partner/innen, welche mit einer Person nach einem Schlaganfall zusammenleben, eine Veränderung ihrer Handlungsrollen im Vergleich zur Situation vor dem neurologischen Ereignis beschreiben. Zudem ist davon auszugehen, dass sie vorwiegend die Handlungsrolle des/der Betreuers/Betreuerin oder des/der Pflegers/Pflegerin ausüben. Weiter lässt sich mutmassen, dass sie Ressourcen nennen können, welche in ihrer Rollenorchestrierung und Anpassung des Betätigungsprofils unterstützend wirken.

1.6 Aufbau der Arbeit

Zunächst werden im Theorieteil die Situation der Neurorehabilitation in der Schweiz und die Rolle der Ergotherapie näher beschrieben. Auch werden mögliche Folgen für die Person nach einem Schlaganfall und den/die betreuende/n Partner/in dargelegt. Weiter werden die Tätigkeitsfelder erläutert, in denen Letztere Aufgaben übernehmen. Anschliessend wird auf das Model of Human Occupation (MOHO) als ergotherapeutischen Bezugsrahmen genauer eingegangen. Für das Verständnis der Untersuchung werden verwendete Terminologien

und die in der Studie genutzten Assessments (Rollencheckliste, Wochenplan zur Erhebung des Betätigungsprofils) genauer definiert.

Im empirischen Teil werden Forschungsfragen, Annahmen, methodische Überlegungen und das methodische Vorgehen detailliert dargestellt. Es folgen die Beschreibungen der Teilnehmer/innen und die Präsentation der Ergebnisse aus der qualitativen Forschung. Die Diskussion und die Schlussfolgerung bilden den Schlussteil der Masterarbeit.

Der aktuelle Stand der Forschung wurde mit folgenden Schlüsselwörtern beziehungsweise Keywords in Datenbanken, Büchern, Journals sowie Websites recherchiert und an entsprechenden Stellen der Arbeit referenziert.

Schlüsselwörter: Handlungsrolle, Betätigungsprofil, Partner/in, Schlaganfall, Neurologie, Ergotherapie, MOHO, Model of Human Occupation, Angehörige

Keywords: role, occupational profile, stroke, neurology, spouses, informal caregiver, occupational therapy, MOHO, Model of Human Occupation, family members

2 Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden zunächst relevante Begrifflichkeiten für diese Arbeit geklärt. Im Anschluss wird auf die allgemeine Situation der Neurorehabilitation in der Schweiz eingegangen. Daraufhin wird der ergotherapeutische Beitrag behandelt, der in diesem Fachbereich geleistet werden kann. Weiter werden mögliche Folgen einerseits für die Person nach einem Schlaganfall, andererseits für die betreuenden Partner/innen präsentiert. Auch wird aufgezeigt, welche Bedürfnisse Letztere laut aktueller Literatur in Bezug auf die Betreuung der Person nach einem Schlaganfall haben. In einem nächsten Schritt werden potenzielle Tätigkeitsfelder und Ressourcen betreuender Partner/innen sowie das MOHO (Taylor, 2017) als Bezugsrahmen dieser Arbeit erläutert.

2.1 Klärungen relevanter Begriffe dieser Arbeit

Nachstehend werden relevante Begriffe definiert, um zu klären, auf welche Definitionen sich die Autorin dieser Arbeit stützt.

2.1.1 Schlaganfall

Als Schlaganfall werden gefässbedingte Erkrankungen des Gehirns bezeichnet, deren gemeinsames Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirngewebe aufgrund eines Gefässverschlusses oder einer Hirnblutung ist (Hankey, 2017, zitiert nach Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., 2020). Dabei sind 15 % der Personen unter 65 Jahre (swissheart e. V., 2020).

2.1.2 Betätigungsprofil

Mit dem Betätigungsprofil wird ein ‚typischer‘ Wochenablauf einer Person hinsichtlich der üblichen Tätigkeiten beschrieben, wobei deren Dauer, Reihenfolge, Bedeutsamkeit und das jeweilige Umfeld miteinbezogen werden (Costa, 2014). Weiter definiert die American Occupational Therapy Association (AOTA) das Betätigungsprofil als eine Zusammenfassung von Betätigungsvorgeschichten, Erfahrungen, Alltagsmustern, Interessen, Werten und Bedürfnissen eines/einer Klienten/Klientin (Marotzki & Reichel, 2018).

Diese Tätigkeiten lassen sich in vier Bereiche unterteilen: Selbstversorgung, Erholung, Freizeit und Arbeit oder Produktivität. Handlungen im Bereich **Selbstversorgung** sind ‚Aktivitäten des täglichen Lebens‘, die im Haus oder in der Öffentlichkeit stattfinden, zum

Beispiel der Lebensmitteleinkauf oder das Ankleiden. Der Handlungsbereich der **Erholung** wird lediglich im Occupational Performance Model (Australia) (OPMA) definiert. Zu diesem zählen „*absichtsvolle Verfolgungen von Nichtaktivitäten*“ (Arbeitskreis Modelle und Theorien, 2004). Hierzu gehören sowohl die Schlafenszeit als auch entspannende Aktivitäten. Der **Freizeit** werden diejenigen Handlungen zugeordnet, welche nicht der Selbstversorgung, der Erholung und der Produktivität zugeteilt werden können. Der Handlungsbereich der **Produktivität** kann beispielsweise bezahlte oder unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung oder Kochen beinhalten (Arbeitskreis Modelle und Theorien, 2004).

2.1.3 Ressourcen

Resultierend aus den folgenden Erläuterungen und Definitionen werden für diese Arbeit die Ressourcen in folgende vier Bereiche differenziert:

- soziale Umweltressourcen
- physische Umweltressourcen
- personbezogene Ressourcen
- handlungsbezogene Ressourcen

Ressourcen können auf die Person, die Handlung und die Umwelt bezogen sein. Sie sind Kompetenzen sowie Potenziale eines Individuums und seiner Umgebung. Daneben stellen sie vorhandene Optionen dar, die gesundheitsfördernd wirken (Costa, 2014).

Joswig (2010) nennt den Begriff ‚Potenzial‘ in seinem Artikel in Zusammenhang mit Ressourcen ebenfalls und ergänzt hierbei, dass das Potenzial dazu dient, eine Betätigung oder eine Verhaltensweise zu ermöglichen. Ressourcen sind demnach verfügbare Potenziale, mit denen die menschliche Entwicklung beziehungsweise menschliche Veränderungsprozesse unterstützt werden. Erstere werden in verfügbare und (aktuell) nicht verfügbare Ressourcen unterteilt.

Die **soziale Umwelt** umfasst alle Beziehungen, die ein/e Klient/in mit einzelnen Personen, Gruppen und Organisationen eingeht. Diese Beziehungen werden von sozialen Faktoren wie gemeinsamen Interessen, Erwartungen, Wertvorstellungen, Haltungen und sozialen Prioritäten innerhalb der Umwelt beeinflusst. Die **physische Umwelt** bezieht sich auf natürliche und nicht menschliche Objekte. Sie besteht aus Gebäuden, Gärten, Strassen Transportmitteln, Technologie, Klima und anderen Materialien (Le Granse et al., 2019).

Laut der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2012) werden **personbezogene Faktoren** als Hintergrund der Person und der Lebensführung eines Menschen definiert. Sie umfassen dessen Eigenschaften. *Diese Faktoren können Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf, vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster, Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale sein.*

Nach Costa (2014) sind Ressourcen auf die Person, die Handlung und die Umwelt bezogen.

„Die Handlung wird in der Ergotherapie als übergreifender Begriff für alles verwendet, was ein Mensch tut, tun möchte oder was von ihm erwartet wird. Das tun zu können, was man in seinem Alltag tun möchte und braucht, ist wichtig für Gesundheit und Lebensqualität. Durch Handlungen kann der Mensch seine Umwelt verändern und etwas zur Gesellschaft beitragen, in der er lebt: Handlungen ermöglichen die Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft und an verschiedenen Lebensbereichen.“ (DACHS e. V., 2020)

Handlungsbezogene Ressourcen sind demzufolge die Gesamtheit der alltäglichen Aktivitäten eines Menschen. Dadurch wird seine Gesundheit verbessert und seine Lebensqualität gesteigert.

2.1.4 Betreuende/r Partner/in

Im Duden e. V. (2019) wird der Begriff ‚Partner/in‘ als eine Person definiert, die gemeinsam mit einer anderen Person zu einem bestimmten Zweck einer Unternehmung nachgeht und/oder sich mit dieser zusammenschliesst. Weiter ist ein/e Partner/in jemand, der/die mit einem weiteren Menschen zusammenlebt und/oder mit diesem eng verbunden ist. In dieser Arbeit ist mit ‚Partner/in‘ eine Person gemeint, welche verheiratet oder ledig ist und im selben Haushalt lebt wie eine Person nach einem Schlaganfall. Nicht gemeint sind formelle Hilfen wie eine 24-Stunden-Pflege.

Die Bezeichnung ‚betreuende Partner/innen‘ steht als Kurzform für ‚betreuende und pflegende Partner/innen‘. Diese übernehmen zahlreiche Unterstützungsaufgaben, welche ihre Angehörigen wegen Beeinträchtigungen nicht mehr eigenständig ausführen können. Ebenfalls übernehmen sie pflegerische Tätigkeiten, zum Beispiel im Bereich der Körperpflege oder der Behandlungsunterstützung (Bischofberger et al., 2016).

2.1.5 Erweiterter Begriff des/der Klienten/Klientin

Um den Begriff ‚Klient/in‘ näher zu erläutern, wird das Occupational Therapie Process Intervention Modell (OTIPM) herangezogen. Er umfasst Person, Klientenkonstellation und Klientengruppe. Erstere ist dabei diejenige, welcher eine Ergotherapie ärztlich verordnet wurde. Die Klientenkonstellation sind weitere Menschen, welche mit der Person zusammenwohnen, arbeiten oder anderweitig eng mit ihr verbunden sind, sofern sich deren Handlungsprobleme auf sie auswirken. Die Klientengruppe wird ebenfalls dem Begriff ‚Klient/in‘ untergeordnet. Sie beinhaltet Personen, die ähnliche Probleme in der Ausführung von Handlungen haben, jedoch nicht miteinander in Beziehung stehen (Fisher, 2018).

2.1.6 Orchestrierung

Der Begriff ‚Orchestrierung‘ wird üblicherweise als die Komposition oder Anordnung von Musik verwendet, mit welcher eine maximal harmonische Wirkung erzielt wird (Merriam Webster Dictionary, 2020). In der Handlungswissenschaft wird die Orchestrierung als „die Zusammensetzung, Vorstellung, Durchführung und Anordnung der Handlungsrollen“ unter Berücksichtigung der qualitativen Aspekte Letzterer verstanden (Larson, 2000).

2.2 Neurorehabilitation in der Schweiz

An einen Schlaganfall mit einschränkenden Folgesymptomen schliesst eine neurologische Rehabilitation an. Diese kann stationär, ambulant und/oder domizilorientiert stattfinden und ist interdisziplinär aufgestellt. Beteiligt sind unter anderem die medizinischen Dienste, die Physiotherapie, die Logopädie, die psychologischen Dienste, die Sozialberatung, die Pflegedienste und die Sport- sowie die Ergotherapie (swissneuro e. V., 2019a).

In Letzterer wird eine individuelle Mischung folgender Interventionen auf die jeweilige (Lebens-)Situation und die Bedürfnisse der Person nach Schlaganfall angewendet: Diese sind Training von Alltagsaktivitäten und grundlegender Fertigkeiten, Training sensomotorischer und kognitiver Funktionen; Beratung, Instruktion und zum Teil

Anfertigung von Umwelтанpassungen und Hilfsmitteln sowie Beratung und Instruktion von Angehörigen (Schweizerische Gesellschaft für Neurologie [SGN] e. V., 2019).

Bei der Recherche der Autorin konnten keine konkreten Umsetzungskonzepte zur Angehörigenarbeit in neurologischen Rehabilitationskliniken gefunden werden, sondern lediglich Empfehlungen.

Aus Erfahrung der Autorin finden in der Praxis Anwendung:

- interdisziplinäre Angehörigengespräche
- Fremdanamnese per Telefongespräch
- Integration der Angehörigen in die Therapie
- digitale Wohnraumabklärung mittels Fotoanalyse und Fragebogen oder Wohnraumabklärung vor Ort
- Hilfsmittelberatung
- administrative Hilfestellung durch den Sozialdienst

2.3 Definition der Ergotherapie

Die Berufsverbände aus den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie Vertreter/innen aus Südtirol starteten 2004 das DACHS-Projekt (**D**eutschland, **Ö**sterreich–**A**, Schweiz–**CH**, **S**üdtirol), um eine aktuelle und zukunftsgerichtete Übersicht über das Leistungsangebot der Ergotherapie im deutschsprachigen Raum zu bieten. Daraus entstand folgende Definition der Ergotherapie:

„Die Ergotherapie – abgeleitet vom Griechischen „ergein“ (handeln, tätig sein) – geht davon aus, dass „tätig sein“ ein menschliches Grundbedürfnis ist und dass gezielt eingesetzte Tätigkeit gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung hat. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind und/oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten. Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. In der Ergotherapie werden spezifische Aktivitäten, Umwelтанpassung und Beratung gezielt und ressourcenorientiert eingesetzt. Dies erlaubt dem Klienten, seine Handlungsfähigkeit im Alltag, seine gesellschaftliche Teilhabe (Partizipation) und

seine Lebensqualität und -zufriedenheit zu verbessern.“ (Claudiana-DACHS e. V., 2005, Stand: 06.02.2007)

Des Weiteren entstand in enger Zusammenarbeit der Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie (ASSET) und mit dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) ein Berufsprofil. In diesem wird der ergotherapeutische Beitrag zur Gesundheitsversorgung wie folgt definiert (Ergotherapie EVS – ASSET e. V., 2005):

„Die Ergotherapeutin unterstützt und befähigt Menschen beim Erwerb, der Wiederherstellung und/oder beim Erhalt von Lebensqualität, einer optimalen Handlungsfähigkeit und grösstmöglicher Selbstständigkeit. Im Rahmen umfassender Rehabilitationsmassnahmen unterstützt die Ergotherapeutin in Zusammenarbeit mit dem Patienten/Klienten, seinen Bezugspersonen und den Vertretern anderer Berufsgruppen die Integration des Patienten/Klienten in die Gesellschaft (Schule/Bildung, Familie, Arbeitswelt).“ (Ergotherapie EVS – ASSET e. V., 2005)

2.4 Folgen eines Schlaganfalls für die Person nach Schlaganfall

Das Gehirn ist ein komplexes Organ; entsprechend komplex fallen die Folgen einer Hirnschädigung aus. Diese sind vielfältig, bei jedem Menschen verschieden sowie vom Schweregrad und der Art der Verletzung abhängig. Einerseits können körperlich sichtbare, andererseits aber auch unsichtbare mentale sowie soziale und emotionale Einschränkungen die Konsequenzen einer Hirnschädigung sein (fragilesuisse e. V., 2019). Zu den Langzeitfolgen eines Schlaganfalls zählen neben physischen und sprachlichen auch emotionale und kognitive Beeinträchtigungen sowie ein Persönlichkeitswandel. Dies führt sowohl für die Person nach Schlaganfall als auch für deren Familienmitglieder zu erheblichen Lebensveränderungen und Belastungen (Anderson, Keating & Wilson, 2017).

2.5 Folgen eines Schlaganfalls für betreuende Partner/innen

Insbesondere die betreuenden Partner/innen, die meist die hauptsächliche Pflege übernehmen (Anderson et al., 2017), erfahren neben der Person nach Schlaganfall die Folgen am intensivsten. Dies resultiert wegen des Pflichtgefühls dem/r Betroffenen gegenüber und des Wunschs nach Verwirklichung der eigenen Bedürfnisse oft in einem moralischen Dilemma (Lezak, 1978).

In der Leitlinie für Schlaganfall (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. [DEGAM], 2012) wird betont, dass auf die physischen, vor allem aber auf die psychischen oder psychosomatischen Beschwerden betreuender Partner/innen geachtet werden muss. Grund dafür ist, dass es durch die Pflege der Person nach Schlaganfall, zu Einschränkungen in der eigenen Freizeit (77 %), weniger Kontakt zu Freunden/Freundinnen und Bekannten (51 %) oder einer möglichen Verschlechterung der eigenen Gesundheit (37 %) kommen kann. Greenwood, Mackenzie, Cloud und Wilson (2010) bekräftigen dies, indem sie schreiben, dass die Unterstützung einer Person nach Schlaganfall im häuslichen Umfeld oft mit emotionaler Belastung des/r betreuenden Partners/Partnerin einhergeht. Eine Ursache dafür kann sein, dass die Berufstätigkeit reduziert oder aufgegeben werden muss und Einschränkungen im Bereich der Freizeit, der sozialen Teilhabe sowie der Lebensqualität zu verzeichnen sind. Betreuende Angehörige schätzen ihre Gesundheit tendenziell geringfügig negativer ein als der Durchschnitt der Bevölkerung. Sie beschreiben dabei Probleme körperlicher sowie seelischer Natur. Weiter stellt die finanzielle Situation eine Belastung dar (Otto et al., 2019).

In der oben genannten Leitlinie (DEGAM, 2012) wird empfohlen, dass die Person nach Schlaganfall und die Angehörigen Unterstützung von den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen erhalten sollen, zum Beispiel der Ergotherapie. Diese sollen den Bedarf mehrfach zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Rehabilitationsprozess erheben – einerseits bei der Entlassung aus der Akutklinik, andererseits am Ende der stationären Neurorehabilitation und in regelmässigen Intervallen im weiteren Verlauf. Jungbauer et al. (2003) bestätigen diese Notwendigkeit in ihrer Studie, indem sie erwähnen, dass den betreuenden Partnern/Partnerinnen bei der Bewältigung langfristiger Alltagsbelastungen geholfen werden soll. Ob und wie diese Empfehlung im neurologischen Praxisalltag durch die Ergotherapie Anwendung findet, ist derzeit nicht bekannt.

2.6 Bedürfnis- und Bedarfserhebung betreuender Partner/innen

Laut aktuellen repräsentativen Erhebungen durch das Bundesamt für Gesundheit Schweiz zu den Bedürfnissen erwachsener betreuender Angehöriger der Schweizer Bevölkerung und zu deren Bedarf nach Entlastung sind gewisse Punkte besonders relevant. So stehen finanzielle und *administrative Aufgaben, gefolgt von Koordination und Planung, Hilfe im Alltag und im Haushalt sowie emotionale und soziale Unterstützung der Nächsten* im Vordergrund. 78 % der 82 Befragten betreuen im höheren und hohen Lebensalter ihren/ihre Partner/in (Otto et al., 2019).

Auf die Frage, welche Hilfe sich die erwachsenen betreuenden Angehörigen wünschen, waren die fünf am häufigsten genannten Antworten Notfallhilfe, Gespräche mit Gesundheitsfachpersonen, Fahrdienste für die Person nach Schlaganfall, Rat bei Geld- und Versicherungsangelegenheiten sowie Möglichkeiten, sich erholen zu können (Otto et al., 2019).

2.7 Tätigkeiten betreuender Partner/innen

In der folgenden Tabelle werden aus der aktuellen Literatur entnommene mögliche Tätigkeitsfelder betreuender Partner/innen dargestellt, um die Vielseitigkeit der Betreuungsaufgaben aufzuzeigen.

Tabelle 1: Tätigkeitsfelder der betreuenden Angehörigen von Personen mit Unterstützungsbedarf

Tätigkeitsfeld betreffend	Beispiele situationsabhängiger Tätigkeiten:
Koordination und Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen des Unterstützungsbedarfs über Hilfe, Inanspruchnahme, Diskutieren und (Mit-)Entscheiden; Suchen und Bewerten von Informationen zu vorhandenen Angeboten (häusliche Pflege, technikerunterstütztes Wohnen, lokale Freiwilligenarbeit) • Arzt-, Therapie- oder Apothekenkonsultationen; Nutzen von Telekonsultationen • Organisieren von Transporten, Terminen und Weiterem • Koordination von Diensten sowie Evaluation von Leistungen dieser und unter Umständen Organisation von Bezahlung, Klärung und Geltendmachung (sozialversicherungs-)rechtlicher Ansprüche; die eigene Person, andere Angehörige, involvierte Unterstützung sowie Leistungserbringer/innen (inklusive formeller) schriftlich und/oder mündlich auf dem Laufenden halten
Gesundheitszustand der unterstützungsbedürftigen Person	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung von Erkrankungen, Symptomen, Alltagsbewältigung • Durchführung von Bewegungstraining • Einhalten von Ernährungsempfehlungen • Vermeiden von Weglaufen, Aggression, Selbstgefährdung, Stürzen • Besorgen, Instandhalten und Entsorgen von Hilfsmitteln; Entwicklung einer Logistik für Hilfsmaterialien • therapeutische Interventionen (Medikation, Injektion, Wundversorgung, Sauerstoff)

	<ul style="list-style-type: none"> • (Training der) Handhabung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Rollator)
Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege, An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Ausscheiden
Kognition und Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichen von Orientierung in Zeit, Raum und bei persönlichen Kontakten • Beschaffen, Diskutieren, Verstehen und Beurteilen von Informationen • Benachrichtigen anderer Familienmitglieder, vor allem bei auffälligen Verhaltensweisen • Trösten, Motivieren • allenfalls stellvertretende Weitergabe von Wünschen und Entscheidungen mit diversen Akteuren/Akteurinnen und Weiteres
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Aufstehen, Hinsetzen und -legen; Fortbewegen draussen und drinnen, (Training der) Nutzung von Mobilitätshilfsmitteln und Sicherheitstools, Benutzung des öffentlichen Verkehrs oder anderer Transportdienste
Lebensalltag	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterführen von Gewohnheiten, beispielsweise handwerkliche und künstlerische Betätigung • Planung des Tagesablaufs • Informieren über Tagesgeschehen
Haushalt	<ul style="list-style-type: none"> • Zubereiten von Essen, Einkaufen, Verwalten der Finanzen, Reinigen, Aufräumen, Entrümpeln, Wechseln der Wohnung
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und soziale Kontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Besuch kultureller, sportlicher, religiöser oder sozialer Anlässe • Empfangen von Besuchen, Besuchen Nahestehender • Ermöglichung mediengestützter Kommunikation • Spaziergänge und Aufenthalte in öffentlichen Räumen • Leisten von Gesellschaft

eigene Darstellung (2020); Wingenfeld, Büscher und Gansweid, 2011, zitiert nach Bischofberger et al. (2016)

2.8 Ressourcen betreuender Partner/innen

Ressourcen wurden von den betreuenden Angehörigen ebenfalls genannt. Laut ihnen wurde Hilfreiches gelernt oder es wird Stolz empfunden. Rund die Hälfte der erwachsenen betreuenden Angehörigen erhält Unterstützung von einer Fachperson aus dem Gesundheitswesen. 20 % nehmen eine Haushalts- sowie Putzhilfe in Anspruch und rund 5 % suchen Unterstützung bei Institutionen wie Tagesheimen, Tagesstätten, Tagesgruppen und/oder in der Tagespflege (Otto et al., 2019).

2.9 Model of Human Occupation als ergotherapeutisches Bezugsmodell

Das MOHO ist ein evidenzbasiertes Praxismodell. In dessen Zentrum steht das menschliche Handeln. Um die Funktionsfähigkeit und die Dysfunktion zu verstehen, wird das System ‚Mensch‘ dabei in drei sogenannte Subsysteme unterteilt. Auf diese Weise soll die Motivation zur Handlung, die Habituation und die Durchführung von Handlungen erklärt werden. Die einzelnen Subsysteme sind durch Unterpunkte weiter gegliedert (Marotzki, Jerosch-Herold & Hack, 2002).

Tabelle 2: Subsysteme des Systems ‚Mensch‘ im Model of Human Occupation

Subsystem ‚Volition‘ Motivation zur Handlung	Subsystem ‚Habituation‘ Habituation von Handlung	Subsystem ‚Performanz‘ Durchführung von Handlung
▪ Interesse	▪ Gewohnheiten	▪ motorische Fertigkeiten
▪ Selbstbild	▪ Rollen	▪ prozesshafte Fertigkeiten
▪ Werte		▪ Kommunikation- und Interaktionsfertigkeiten

eigene Darstellung (2020); Mentrup zitiert nach Marotzki et al. (2002)

Das **Subsystem ‚Volition‘** umfasst das intrinsisch veranlagte menschliche Bedürfnis zum Handeln. *Diese Motivation wird zum einen beeinflusst durch das Selbstbild, die Interessen, die Werte und Erfahrungen im Bereich Handlung und zum anderen durch die persönliche Lebensgeschichte (Mentrup zitiert nach Marotzki et al., 2002).*

Mit dem **Subsystem ‚Performanz‘** wird die Durchführung von Handlungen ermöglicht. Der Begriff ‚Performanz‘ bezieht sich auf die spontane Realisierung der einzelnen Schritte, die für eine Handlung notwendig sind. *Performanz beinhaltet ein komplexes Zusammenspiel skelettmuskulärer, neurologischer, perzeptiver und kognitiver Phänomene (Mentrup zitiert nach Marotzki et al., 2002).*

Das **Subsystem ‚Habituation‘** beinhaltet die Gewohnheiten und die Rollen einer Person. Bei Ersteren handelt es sich *nicht um strikte Verhaltensvorschriften, sondern um eine Möglichkeit des Individuums, mit der Umwelt umzugehen. Gewohnheiten bestimmen, wie ein Mensch seine Zeit nutzt. Sie automatisieren Handlungen und formen einen Lebensstil. Menschliches Handlungsverhalten findet überwiegend innerhalb von Handlungsrollen statt. Handlungsrollen verschaffen dem Menschen eine soziale Identität und eine gewisse*

Regelmässigkeit und bieten ihm die Gelegenheit, Fertigkeiten zu erlangen und zu beüben. Jede Handlungsrolle ist vom Rolleninhaber mit einem verinnerlichten Rollenskript besetzt, welches das Handeln innerhalb der Handlungsrolle leitet (Mentrup zitiert nach Marotzki et al., 2002).

Mit diesem Praxismodell wird beschrieben, welche Probleme in der Handlungsperformanz durch Veränderungen verursacht werden. Daneben wird verdeutlicht, wie Menschen ein zufriedenstellendes Leben führen sowie eine sinnvolle Lebensweise wiederentdecken können. Konkret wird erklärt, wie Handlungen motiviert und gestaltet sind. Diese werden in einer sozialen und physischen Umwelt durchgeführt (Taylor, 2017).

Das Modell ist multinational und multikulturell anwendbar. Es fördert eine handlungsfokussierte Praxis, bietet einen ganzheitlichen Blick auf den/die Klienten/Klientin und gewährt einen klientenzentrierten Ansatz (Taylor, 2017). Für diese Arbeit stellt es den ergotherapeutischen Bezugsrahmen dar.

2.9.1 Handlungsrolle

Kielhofner et al. (2005) beschreiben Handlungsrollen als das Bewusstsein einer sozialen Identität und einer damit verbundenen Verpflichtung. Handlungsrollen sind der Bezugsrahmen für die Einschätzung relevanter Situationen und für den Aufbau angemessenen Verhaltens. Ausserdem wird laut Habermann und Arts (2009) die Identität durch die Handlungsrollen geformt, welche wiederum das Betätigungsverhalten bestimmt. Weiter identifiziert sich der Mensch anhand seiner Handlungsrollen und seines Auftretens. Ausserdem wird beim OPMA der Begriff ‚Handlungsrolle‘ als das Verhaltensmuster definiert, das sich aus Aktionen zusammensetzt, die der Selbsterhaltung, Erholung, Freizeit und Produktivität dienen (Arbeitskreis Modelle und Theorien, 2004). Zudem bietet das MOHO das entsprechende Assessment zur Befundung der Handlungsrollen einer Person (Oakley, Kielhofner & Barris, 1985).

2.9.2 Rollencheckliste

Die Rollencheckliste aus dem MOHO kann zur Erhebung herangezogen werden. Sie gibt Auskunft darüber, welche Handlungsrollen aus Sicht des Klienten/der Klientin von Bedeutung sind. Zudem zeigt sie auf, welche davon die jeweilige Person in der Vergangenheit eingenommen hat, in der Gegenwart einnimmt und in der Zukunft einnehmen möchte. Weiter wird mit der Rollencheckliste erfasst, welche Handlungsrollen für die Person in der vorherrschenden Situation besonders relevant sind (Oakley et al.,

1985, zitiert nach Kielhofner, 2008). Folgend werden die, in der Rollencheckliste definierten Handlungsrollen tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: Handlungsrollen der Rollencheckliste eigene Darstellung (2020); Kielhofner, Mentrup & Langlotz (2016)

Handlungsrolle
Schüler/in beziehungsweise Student/in Teilnahme an Bildungsangeboten auf Voll- oder Teilzeitbasis
Berufstätige/r Bezahlte Vollzeit- oder Teilzeitstellung
Ehrenamtliche/r Mindestens einmal wöchentlich einem Krankenhaus, einer Schule, einer politischen Initiative oder ähnlichen Leistungen zur Verfügung stehen
Betreuer/in Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung einer Person wie einem Kind, Partner, Verwandte/r oder Freund/in übernehmen
Hausfrau/-mann Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung des Haushalts (wie Putzen oder Gartenarbeit) übernehmen
Freund/in Mindestens einmal wöchentlich mit Freund/in Zeit zu verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen
Familienmitglied Mindestens einmal wöchentlich mit einem Familienmitglied wie Kind, Partner/in, Elternteil oder Verwandte/m Zeit verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen
Religiöse/r Teilnehmer/in Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme an Gruppen oder Aktivitäten, die mit der eigenen Religion in Verbindung stehen
Hobbytreibende/r Mindestens einmal wöchentlich Ausübung eines Hobbys wie Nähen, Spielen eines Instrumentes, Basteln, Sport treiben, Theaterbesuche, Teilnahme in einem Klub oder Teams
Teilnehmer/in in Organisationen Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme in einer Organisation wie Männer-/Frauengruppe, Weight Watchers, Anonyme Alkoholiker, Gruppe für Alleinerziehende
Sonstige

2.9.3 Rollenveränderung

Ein Rollenwechsel ist komplex und beinhaltet Veränderungen der eigenen Identität, der Beziehung zu den Mitmenschen, der von anderen erwarteten Aufgaben und der Organisation des eigenen Lebensstils. Obwohl der Rollenwechsel Teil der menschlichen Entwicklung ist, ist er oft die Ursache für eine signifikante Reorganisation im Falle der einzelnen Personen und innerhalb ihrer Sozialsysteme (Taylor, 2017).

3 Methodisches Vorgehen

In einem ersten Schritt werden nachfolgend die methodologischen Überlegungen erläutert, welche das Studiendesign, die Stichprobe, die Beschreibung der Zielgruppe und die Datenerhebung beinhalten. Danach werden die drei Datenerhebungsinstrumente und der Vorgang der Datenanalyse dargestellt. Zuletzt werden die ethischen Überlegungen sowie der Datenschutz und das Datenmanagement erläutert.

3.1 Methodologische Überlegungen und erkenntnistheoretischer Hintergrund

Um die Forschungsfragen dieser Arbeit beantworten zu können, müssen die Teilnehmer/innen ganzheitlich und in ihrem Kontext beziehungsweise ihrer Umwelt betrachtet werden. Zur wissenschaftlichen Untersuchung der Perspektive der betreuenden Partner/innen hinsichtlich der oben angeführten Forschungsfragen bietet sich ein exploratives, qualitatives **Studiendesign** an.

Für das Erfüllen des Gütekriteriums der inneren Repräsentativität von **Stichproben** eignet sich eine gezielte, maximal variierte Stichprobe. Bei diesem qualitativen Verfahren kann Letztere schrittweise im Laufe der Datenerhebung durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass die Zusammensetzung der Teilnehmer/innen fortlaufend mit kontrastierende Fällen in die Stichprobe aufgenommen werden können (Helfferrich, 2011). Für diese Studie wurden Merkmale wie der Schweregrad der Betroffenheit der Person nach einem Schlaganfall, das Alter sowie das Geschlecht der betreuenden Partner/innen berücksichtigt.

Beschreibung der Zielgruppe

Teilnehmer/innen an dieser Untersuchung waren Erwachsene jeden Alters, welche mit einer Person, die erstmalig einen Schlaganfall hatte, seit mindestens drei und höchstens zwölf Monate im selben Haushalt in der Deutschschweiz leben. Vorausgesetzt wurde, dass sie ein Interview in deutscher Sprache geben konnten. Ziel war es, fünf bis sechs Teilnehmende für die Studie zu gewinnen.

Einladung der Teilnehmer/innen

Um Teilnehmer/innen für das Interview sowie das Ausfüllen eines Wochenplans und einer Rollencheckliste zu finden, wurde ein Formular gestaltet, welches die Leser/innen über die Forschungsfrage, den Zweck der Forschung und den Datenschutz informierte. Die Kontaktdaten der Autorin auf dem Formular dienten dazu, sich bei Interesse an einer Teilnahme eigenständig melden, das weitere Vorgehen besprechen oder etwaige Fragen beantworten zu können. Das Formular wurde von Ergotherapeuten/-therapeutinnen verteilt, welche im ambulanten neurologischen Setting in der Deutschschweiz tätig sind. Sie händigten es im Anschluss an mögliche Teilnehmer/innen aus, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Die Einladung der Teilnehmer/innen fand über Schlüsselpersonen statt. Bei Letzteren handelte es sich um Ergotherapeuten/-therapeutinnen im deutschsprachigen Raum in der Schweiz, welche in einer neurologischen Praxis arbeiten und/oder Hausbesuche durchführen. Sie wurden per E-Mail, Telefon oder im persönlichen Kontakt über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und für die Weitergabe des Einladungsschreibens an potenzielle Teilnehmer/innen angefragt. Aufgrund des Einladungsschreibens und des Interesses an der Partizipation in diesem Forschungsprojekt meldeten sich die fünf Teilnehmer/innen telefonisch oder per E-Mail bei der Autorin. Diese beantwortete Fragen und klärte die Teilnehmer/innen über das weitere Vorgehen auf. Im Informationsschreiben wurden Letztgenannte ausführlich über den Zweck der Studie, die Datenerhebung, die Weiterverwendung der gesammelten Daten und den Datenschutz in Kenntnis gesetzt. Daraufhin sollten die Teilnehmer/innen eine Einwilligungserklärung unterzeichnen.

Datenerhebung

Die Erhebung der qualitativen Daten erfolgte durch die Autorin dieser Arbeit. Hierfür kamen ein halbstrukturiertes Einzelinterview, ein vorstrukturierter Wochenplan zur Ermittlung des Betätigungsprofils sowie die Rollencheckliste (Oakley et al., 1985) zur Ermittlung der Handlungsrollen zum Einsatz.

Für einen möglichst umfassenden Blick auf den Untersuchungsgegenstand wurden unterschiedliche Datenerhebungsmethoden eingesetzt: einerseits das problemzentrierte Interview, andererseits der Wochenplan sowie die Rollencheckliste. Die Herangehensweise gestaltete sich dabei aufgrund der Überkategorien ‚Handlungsrolle‘, ‚Handlung‘ und ‚Ressourcen‘, welche vor der Entwicklung der Datenerhebungsinstrumente definiert

wurden, primär deduktiv (Döring & Bortz, 2016). Weil in der Regel neue und unerwartete Erkenntnisse aus der Datenerhebung hervorgehen, war das Vorgehen in einem weiteren Schritt induktiv.

Durchführungsort und -zeitpunkt des Interviews sowie der Rollencheckliste konnten durch den/die Interviewpartner/in festgelegt werden, da die Betreuung der Person nach Schlaganfall gewährleistet sein musste. Mögliche Durchführungsorte waren das häusliche Umfeld, ein reservierter Raum am Arbeitsplatz der Autorin (Klinik Lengg) oder ein öffentlicher Treffpunkt. Im Hinblick auf den Datenschutz galt es, darauf zu achten, dass keine Drittpersonen Informationen aus dem Interview entnehmen konnten.

3.2 Datenerhebungsinstrumente

In diesem Kapitel der Arbeit werden die drei Erhebungsinstrumente genauer erläutert, indem auf den wissenschaftlichen Hintergrund, den Aufbau sowie die Durchführung eingegangen werden.

3.2.1 Problemzentriertes Einzelinterview

Das halbstrukturierte, problemzentrierte Einzelinterview fand angelehnt an Witzel (2000) statt. Dafür wurden die vier Instrumente ‚Kurzfragebogen‘, ‚Interviewleitfaden‘, ‚Tonaufzeichnung des Gesprächs‘ und ‚Postskriptum‘ eingesetzt (Witzel, 2000). Anhand des Kurzfragebogens wurden nach Abschluss des Gesprächs die soziodemografischen Informationen zur Kontextualisierung der erhobenen Daten eingeholt. Aufgrund der Tonaufzeichnung war eine authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsverlaufs möglich. Gleichzeitig konnte sich die Interviewerin auf das Gespräch sowie auf situative Beobachtungen nonverbaler Äusserungen konzentrieren. Unmittelbar nach der Unterhaltung wurden Postskripte erstellt. Diese *enthielten eine Skizze der Gesprächsinhalte, Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen des/der Interviewpartners/-partnerin* (Witzel, 2000). Weiter wurden *spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die als Anregungen für die Auswertung* gelten konnten (Witzel, 2000).

Der durch die Autorin erstellte Interviewleitfaden diente *als Gedächtnisstütze und als Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit* der Gespräche (siehe Anhang). In diesem waren Ideen zu Fragen hinsichtlich einzelner Themenbereiche und eine vorformulierte Frage zum Gesprächsbeginn enthalten. Der Interviewleitfaden fungierte im

Kommunikationsverlauf als eine Art Hintergrundfolie, die zur Kontrolle diene, inwieweit seine einzelnen Elemente während des Gespräches behandelt wurden (Witzel, 2000).

Das problemzentrierte Interview ist durch drei wesentliche Grundpositionen gekennzeichnet:

Die **Problemzentrierung** ist durch die *Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung* charakterisiert. Der/Die Interviewer/in nutzt das Vorwissen, um am Problem ausgerichtete Fragen beziehungsweise Nachfragen zu stellen.

Mit der **Gegenstandsorientierung** wird die *Flexibilität der Methode gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen* des untersuchten Gegenstandes betont (Witzel, 2000). Das heisst, dass die Methode am Gegenstand orientiert entwickelt beziehungsweise modifiziert werden soll (Flick, 2019).

Die **Prozessorientierung** bezieht sich auf den *gesamten Forschungsablauf und insbesondere auf die Vorinterpretation* (Witzel, 2000). Durch die sensible und akzeptierende Rekonstruktion von Orientierungen sowie Handlungen im Kommunikationsprozess entsteht bei den Interviewpartnern/-partnerinnen Vertrauen und damit Offenheit, weil sie sich in ihrer Problemsicht ernst genommen fühlen. *Dieses Vertrauensverhältnis fördert die Erinnerungsfähigkeit und motiviert zur Selbstreflexion* (Witzel, 2000).

3.2.2 Betätigungsprofil

Der bereits im Vorfeld ausgefüllte Wochenplan diene als Grundlage für die sieben Hauptfragen mit den dazugehörigen Konkretisierungsfragen der Einzelinterviews. Letztere dauerten zwischen 30 und 65 min.

Ergänzend zum Einzelinterview und der Rollencheckliste wurde mittels Wochenplan das Betätigungsprofil erhoben. Dies erfolgte anhand einer vorstrukturierten, schriftlichen Befragung. Durch diese Tagebuchmethode können möglichst unverzerrte und detaillierte Informationen über alltägliche Erlebens- und Verhaltensweisen gewonnen werden, ist für die Befragten jedoch mit einem grossen Aufwand verbunden (Döring & Bortz, 2016). Der Wochenplan wurde von der Autorin dieser Arbeit erstellt (siehe Anhang) und den Teilnehmern/Teilnehmerinnen spätestens eine Woche vor dem Interview in Papierform zum Ausfüllen per Post zugesendet. Ihm war ein Anleitungsschreiben zum Ausfüllen beigelegt.

Die Tage im Wochenplan wurden in Morgen, Vormittag, Nachmittag, Abend und Nacht vorstrukturiert. Diese wurden wiederum von den betreuenden Partnern/Partnerinnen in die Performanzbereiche ‚Produktivität‘, ‚Freizeit‘, ‚Erholung‘ und ‚Selbstversorgung‘ eingeteilt (Kielhofner et al., 2016). Der Wochenplan wurde von ihnen jeweils selbstständig in Abwesenheit der Forscherin ausgefüllt. Er diente als Grundlage für das Interview und wird ebenfalls für die Datenanalyse beigezogen. Für das Notieren der Alltagshandlungen in den Wochenplan wurden schätzungsweise 20 Minuten min Aufwand pro Tag benötigt.

3.2.3 Rollencheckliste

Die Rollencheckliste (Oakley et al., 1985) wurde nach dem halbstrukturierten Einzelinterview den Teilnehmern/Teilnehmerinnen in Papierform ausgehändigt (siehe Anhang). Anhand zehn benannter und definierter verinnerlichter Handlungsrollen wurde innerhalb eines Rasters ein Rollenprofil erstellt. Sie sind festgelegt und beziehen sich auf die Partizipation eines Menschen und somit auf dessen aktiv eingenommenen Handlungsrollen. Der/Die betreuende Partner/in identifizierte vergangene, aktuelle und gewünschte eingeprägte Handlungsrollen sowie den Grad des Bedürfnisses, diese auszuführen. Mit diesem Erhebungsinstrument liessen sich die Handlungsrollenanzahl, der Handlungsrollenverlust oder -gewinn in den verschiedenen Lebensabschnitten und die damit verbundene Wertschätzung ableiten. Weiter gab die Rollencheckliste Auskunft über die Übereinstimmung der eingenommenen Rollen mit deren Wertschätzung und den Wünschen bezüglich zukünftiger einzunehmender Handlungsrollen. Ebenfalls konnte die Verteilung der Handlungsrollen auf die Performanzbereiche ‚Produktivität‘, ‚Freizeit‘, ‚Selbstversorgung‘ und ‚Erholung‘ gefolgert werden (Kielhofner et al., 2016).

Die Teilnehmer/innen wurden vor dem Ausfüllen der Rollencheckliste schriftlich informiert, wie diese auszufüllen ist. Diese schriftliche Instruktion wurde durch die Autorenschaft des Befunderhebungsinstrumentes definiert (Oakley et al., 1985). Im Anschluss an das Interview wurde die Rollencheckliste selbstständig in Anwesenheit der Autorin von den Probanden/Probandinnen ausgefüllt. Hierfür mussten weitere 10 min kalkuliert werden.

3.3 Transkriptionsregeln

Zur Orientierung im Text wurde dieser durchgängig in jeder fünften Zeile nummeriert (5, 10, 15,...). Jede neue Aussage begann mit einem neuen Zeilenanfang. Jeweils am Anfang einer Aussage wurde gekennzeichnet, ob es sich um die Interviewerin (I), den/die Interviewpartner/in (IP) oder um die Person nach einem Schlaganfall (IP2) handelte. Um

FH-Masterlehrgang Master of Science in Ergotherapie und Handlungswissenschaft 2017-2020, fh
gesundheit, Innsbruck/Tirol

keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer/innen zuzulassen, wurden Ortsbezeichnungen und Namen, welche von diesen genannt wurden, mit Pseudonymen versehen. Die Teilnehmer/innen selbst wurden im Transkript durch die Angabe aus TN + Nummer (zeitliche Abfolge des Interviews) anonymisiert und hinterher für die Arbeit in Absprache mit willkürlich gewählten Pseudonymen ausgestattet.

Die in Schweizerdeutsch aufgenommenen Einzelinterviews wurden von der Autorin dieser Arbeit während des Transkribierens möglichst nahe am gesprochenen Wort ins Hochdeutsche übersetzt. Grobe Auffälligkeiten wie Lachen, Seufzen oder Weinen wurden in Klammern kursiv hervorgehoben (zum Beispiel *‚(Lachen)‘*). Ebenfalls wurden Pausen in Sekunden (zum Beispiel *‚3 s‘*) angegeben.

3.4 Datenanalyse

Um den Analyseprozess vollständig nachvollziehen zu können, werden in diesem Kapitel zunächst die Datenaufbereitung, dann der Ablauf der Datenanalyse und weiter der Vorgang der Datentriangulation erläutert. Zur Übersicht werden die Kategorien in einer Tabelle dargestellt. Im Anschluss wird der Aufbau der Ergebnisse mittels Fallvignette, vergleichender Fallanalyse und Forschertriangulation methodisch begründet.

Datenaufbereitung

Die Einzelinterviews wurden mittels Smartphone und Tablett aufgezeichnet. Weitere Datenquellen lagen nach Abschluss der Datenerhebung in Papierform vor. Ausgehend vom Rohdatenmaterial fand hinterher die Datenaufbereitung statt, indem Datensätze erstellt wurden. Das Transkript des Interviews wurde in der Software MAXQDA angefertigt. Die anderen Datenquellen wie der Wochenplan und die Rollencheckliste wurden digitalisiert. Danach wurden die Datensätze anonymisiert, indem Informationen, die zur Identifizierung der Teilnehmer/innen führen könnten, entfernt oder ersetzt wurden (Döring & Bortz, 2016). Die Einzelinterviews wurden mindestens ein weiteres Mal komplett von der Autorin angehört, um Korrekturen durchzuführen, sich mit dem Inhalt vertraut zu machen und bereits erste Randnotizen vorzunehmen. Die verwendeten Namen in dieser Arbeit sind Pseudonyme und wurden in Rücksprache mit den Teilnehmern/Teilnehmerinnen frei gewählt.

Um die Validität dieser Untersuchung zu erhöhen, kam eine **kommunikative Validierung** zum Einsatz. Alle digitalisierten Datenquellen, das heisst das Einzelinterview, die Rollencheckliste sowie der Wochenplan, wurden den Teilnehmern/Teilnehmerinnen per E-

Mail oder per Post zugesendet. Diese hatten zwei Wochen Zeit, um ihre inhaltliche Zustimmung zu den Datenquellen zu geben und zu bestätigen, dass sie mit deren Verwendung durch die Autorin für diese Arbeit einverstanden waren (Flick, 2019). Im Anschluss an die kommunikative Validierung und die Transkription wurden die Tonaufzeichnungen gelöscht.

Danach wurde die **qualitative Inhaltsanalyse** angelehnt an Elo und Kyngäs (2008) durchgeführt. Dieses Vorgehen erlaubt daneben eine quantitative Inhaltsanalyse. Weiter besteht die Möglichkeit, die Daten induktiv und deduktiv zu untersuchen, abhängig vom bereits bestehenden Wissen. Existiert wenig Vorwissen zu einem Thema, empfehlen Elo und Kyngäs (2008) die induktive Herangehensweise. Die deduktive Inhaltsanalyse wird eingesetzt, wenn das Vorgehen auf der Grundlage von Vorkenntnissen erfolgt. In dieser Arbeit wurde die Inhaltsanalyse der Daten induktiv sowie deduktiv realisiert (Elo & Kyngäs, 2008).

Vor dem Beginn der Datenanalyse musste festgelegt werden, ob der manifeste oder der latente Inhalt der Datenquellen analysiert werden sollte (Catanzaro, 1988; Robson, 1993; Morse, 1994; Burns & Grove, 2005, zitiert nach Elo & Kyngäs, 2008). Als latenter Inhalt werden zum Beispiel Schweigen, Lachen, Seufzen und die Körperhaltung bezeichnet. Der manifeste ist direkt beobachtbar beziehungsweise leicht festzustellen (Döring & Bortz, 2016). Im Hinblick auf die Forschungsfragen dieser Arbeit und den Inhalt der Datenquellen entschied sich die Autorin, den manifesten zu analysieren.

Ablauf der Datenanalyse

Die Datenanalyse begann mit dem deduktiven Vorgehen. Anhand der Forschungsfragen wurden die Überkategorien ‚Veränderung des Betätigungsprofils‘, ‚Veränderung der Handlungsrollen‘ sowie ‚Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen betreuender Partner/innen von Personen nach einem Schlaganfall‘ gebildet. Weiter wurden Unterkategorien erstellt (siehe Tabelle 4) und die Handlungen sowie Handlungsrollen in aufgegebene, neu hinzugekommene, veränderte und in fortgeführte unterteilt. Die Handlungsrollen wurden in eine zusätzliche Kategorie der zukünftig gewünschten segmentiert. Alle relevanten Textpassagen wurden den entsprechenden Unterkategorien zugeordnet und mit textnahen Codes versehen. Gleichzeitig wurden Randnotizen hinzugefügt, um die Gedankengänge der Autorin im späteren Verlauf des

Analyseprozesses nachvollziehen zu können und um zu gewährleisten, dass keine wertvollen Inhalte verloren gingen.

Tabelle 4: Kategorienbaum der Datenanalyse

Überkategorien		
Veränderung des Betätigungsprofils	Veränderung der Handlungsrollen	Ressourcen
Unterkategorie		
<ul style="list-style-type: none"> • Erholung • Freizeit • Selbstversorgung • Produktivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler/in bzw. Student/in • Berufstätige/r • Ehrenamtliche/r • Betreuer/in • Hausmann/-frau • Freund/in • Familienmitglied • religiöse/r Teilnehmer/in • Hobbytreibende/r • Teilnehmer/in in Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Umweltressourcen • physische Umweltressourcen • personbezogene Ressourcen • handlungsbezogene Ressourcen

Nach der Zuteilung der relevanten Textpassagen in die entsprechenden Überbeziehungsweise Unterkategorien wurde die Datenanalyse mit dem induktiven Vorgehen fortgeführt. Dafür wurden relevante Textpassagen, welche nicht den oben erwähnten Kategorien zuzuordnen waren, offen codiert und mit textnahen Codes versetzt (Flick, 2019). Diese wurden wiederum in Unterkategorien zusammengefasst und in Überkategorien eingeteilt.

Datentriangulation

Die Datentriangulation wird als das Einbeziehen von unterschiedlicher Datenquellen bezeichnet (Flick, 2019, zitiert nach Denzin, 1998). Datentriangulation wird gewählt um komplementäre Ergebnisse innerhalb der Fälle zu erzielen. Die ergänzenden Ergebnisse können ein breiteres, umfassenderes oder gegebenenfalls vollständigeres Bild auf den untersuchten Gegenstand liefern (Flick, 2011). Für diese Arbeit fand nach dem ersten Schritt der Datenanalyse die Datentriangulation innerhalb des Falles anhand des jeweiligen

Betätigungsprofils, der Rollencheckliste und des Einzelinterviews statt. Daraus resultierend wurde eine Fallvignette zu jedem/r Teilnehmer/in erstellt.

Fallvignette

Inhalt der Fallvignetten waren die Kontextfaktoren, die Veränderung des Betätigungsprofils, die Veränderung der Handlungsrollen, die Ressourcen. Dazu zählten aber auch weitere relevante Themen, welche im Einzelinterview von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen aufgegriffen wurden. Mittels der Fallvignetten konnten die einzelnen Teilnehmer/innen zum besseren Verständnis der Studienergebnisse anschaulich beschrieben werden.

Die Informationen für die Erstellung der Fallvignetten stammten aus dem Betätigungsprofil, der Rollencheckliste, dem Einzelinterview, dem Kurzfragebogen sowie aus dem Postskriptum des/der jeweiligen Teilnehmers/Teilnehmerin. Basierend darauf wurde eine vergleichende Fallanalyse durchgeführt.

Vergleichende Fallanalyse

Die Inhalte der Fallvignetten wurden in einem zweiten Schritt miteinander verglichen und den verschiedenen Kategorien zugeordnet. Für eine visuelle Darstellung der vergleichenden Fallanalyse wurde eine Tabelle erstellt.

Forschertriangulation

Für die Datenanalyse wurde zweimal eine Forschertriangulation mit zwei Personen durchgeführt: einmal nach der Erstellung der Fallvignette und ein zweites Mal nach der vergleichenden Fallanalyse. Dabei wurden unterschiedliche Beobachter/innen eingesetzt, um Verzerrungen durch die Forscherin aufzudecken beziehungsweise zu minimieren (Flick, 2019, zitiert nach Denzin, 1989). Diese Forschertriangulation fand einerseits mit der Hauptbetreuungsperson und andererseits mit einer Mitstudentin der Autorin statt. Dafür wurden jeweils die Fallvignetten respektive die vergleichende Fallanalyse sowie die Beschreibung des Analysevorgehens per E-Mail an den/die Triangulationspartner/in geschickt. Im Anschluss wurden die Fallvignetten sowie die vergleichende Fallanalyse per Skype bezüglich Nachvollziehbarkeit und Übereinstimmung kritisch bis zur Konsensfindung diskutiert.

3.5 Ethische Überlegungen

Aufgrund des Einladungsschreibens und des Interesses an der Partizipation in diesem Forschungsprojekt meldeten sich die Teilnehmer/innen eigenständig telefonisch oder per E-Mail bei der Autorin. Diese beantwortete Fragen und klärte über das weitere Vorgehen auf.

Im Informationsschreiben wurden die Teilnehmer/innen über den Zweck der Studie, die Datenerhebung, die Weiterverwendung der gesammelten Daten und den Datenschutz in Kenntnis gesetzt. Weiter wurden sie darüber informiert, dass alle erhobenen Daten dem Datenschutz unterliegen und nicht an die behandelnden Personen oder an die Person nach Schlaganfall direkt weitergeleitet werden.

Dies Einzelinterviews waren von einer wertschätzenden sowie ressourcenorientierten Gesprächsführung geprägt und setzten ein empathisches Auftreten der Interviewerin voraus. Zu bedenken war jedoch, dass die Teilnehmer/innen durch die Eigenreflexion in der Datenerhebung (Einzelinterview, Wochenplan, Rollencheckliste) emotionale Betroffenheit oder überdies emotionale Erregtheit erleben konnten. Während der Datenerhebung war es notwendig, dass die Interviewerin in der Rolle der Forscherin blieb und sich an den halbstrukturierten Interviewleitfaden hielt. Bei Erforderlichkeit sollten die Teilnehmer/innen an entsprechende Fachpersonen weitervermittelt werden. Dies umfasste psychologische Berater/innen oder Hausärzte/-ärztinnen, welche weiterführende Massnahmen verordnen können. Die Teilnehmer/innen wurden darüber aufgeklärt, dass sie die Teilnahme zu jedem Zeitpunkt des Forschungsprozesses zurückziehen konnten. Daraufhin unterzeichneten sie eine Einwilligungserklärung.

Weil bei diesem Forschungsvorhaben nachverfolgbare Daten erfasst wurden, wurde es über das Webportal des Business Administration System for Ethics Committee (BASEC) der kantonalen Ethikkommission Zürich mittels Zuständigkeitsabklärung eingereicht. Hierfür wurde eine Formularvorlage der swissethics verwendet. Nachdem die Zuständigkeit geprüft und der Autorin eine schriftliche Bestätigung (siehe Anhang) in Briefform zugesendet wurde, dass das Forschungsvorhaben keiner Bewilligungspflicht vorliegt, konnten im Anschluss die Antragsformulare der Ethikkommission Research Committee for Scientific Ethical Questions (RCSEQ) in Hall vorgelegt werden. Dies beinhaltete die Nichtzuständigkeitserklärung der kantonalen Ethikkommission Zürich, sämtliche Datenerhebungsinstrumente (siehe Anhang), Einladungs- und Informationsschreiben an die Teilnehmer/innen (siehe Anhang), das Exposé, das Antragsformular und das

Einverständnis mit dem Forschungsvorhaben vonseiten der Studiengangsleitung des M. Sc. in Ergotherapie und Handlungswissenschaften der fh gesundheit. Nach Einreichung dieser Dokumente und nach dem positiven Votum der Ethikkommission in Hall (siehe Anhang) konnte mit der Einladung der Studienteilnehmer/innen begonnen werden.

3.6 Datenschutz und Datenmanagement

Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurden die Daten personenbezogen erhoben und für die Auswertung ebenfalls personenbezogen transkribiert. Im Anschluss wurden sie im Transkript pseudonymisiert und für die Masterarbeit anonymisiert. Die Interviews wurden mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und hinterher auf dem persönlichen, passwortgeschützten Laptop der Autorin abgespeichert. Dort wurden sie bis nach der kommunikativen Validierung aufbewahrt. Daraufhin wurden die Audiodateien ebenfalls vom Laptop gelöscht. Die Audiodateien auf dem Tonaufnahmegerät wurden unmittelbar nach dem Überspielen auf den Laptop gelöscht. Zudem wurden die elektronischen Daten mittels eines passwortgeschützten USB-Sticks auf den Laptop der Autorin übertragen und während des Schreibprozesses gesichert. Alle erhobenen Daten wurden vernichtet, wenn sie nicht mehr gebraucht oder nicht aufbewahrt werden mussten. Jedoch gilt es aus Gründen der wissenschaftlichen Nachvollziehbarkeit, alle erhobenen Daten für zehn Jahre zu behalten. Die Langzeitaufbewahrung der elektronischen Daten (Codierschlüssel ausgeschlossen) erfolgt über einen passwortgeschützten USB-Stick 1 zusammen mit den eingescannten elektronischen Betätigungsprofilen und Rollenchecklisten sowie den analogen, personenbezogenen unterzeichneten Einwilligungs- und Verschwiegenheitserklärungen in einer abschliessbaren Schublade bei der Autorin zu Hause. Nach dem Einscannen des Betätigungsprofils und der Rollencheckliste wurden diese von einem Aktenvernichter geschreddert. Der digitale Codierschlüssel wird auf einem weiteren passwortgeschützten USB-Stick 2 getrennt von den oben genannten Dokumenten in derselben abschliessbaren Schublade aufgehoben.

4 Ergebnisse

In einem ersten Schritt wird in Tabelle 4 ein Überblick über die soziodemografischen Daten der Teilnehmer/innen und den Schweregrad der Betroffenheit der Personen nach einem Schlaganfall gegeben. In einem zweiten Schritt werden die Fallvignetten dargestellt. Dies beinhaltet zu Beginn die Erläuterung des Kontextes. Die Ergebnisse werden tabellarisch präsentiert. Dabei basieren sie auf den Forschungsfragen, wie sich das Betätigungsprofil sowie die Handlungsrollen verändern und welche Ressourcen betreuende Partner/innen von Personen nach einem Schlaganfall zur Rollenorchestrierung mitbringen. Die Ressourcen der Teilnehmer/innen sind in soziale und physische Umweltressourcen sowie in personbezogene und handlungsbezogene Ressourcen eingeteilt. Abschliessend werden relevante Ergebnisse aus der vergleichenden Fallanalyse aufgegriffen und mit Zitaten aus den Interviews dargestellt. Zu erwähnen ist, dass die gesamten Resultate aus Sicht der betreuenden Partner/innen einer Person, die einen Schlaganfall hatte, erläutert werden.

4.1 Darstellung der Teilnehmer/innen

In der folgenden Tabelle werden die Teilnehmer/innen zur Kontextualisierung tabellarisch aufgelistet. Die Einstufung und Beschreibung des Schweregrades der Betroffenheit der Person nach einem Schlaganfall wurde von der Autorin basierend auf den Aussagen der Teilnehmer/innen durchgeführt und nicht objektiv gemessen.

Tabelle 5: Darstellung der Teilnehmer/innen

Teilnehmer/innen	Geschlecht	Alter der Teilnehmer/innen	Alter des/der Partners/Partnerin	Betroffenheit des/der Partners/Partnerin	
				Defizite der Kognition	Mobilität
TN1	m	67	64	keine	Stock mobil
TN2	w	56	63	leicht	Stock mobil
TN3	w	46	51	mittel	Freier Fussgänger
TN4	w	66	76	keine	Rollstuhl und Rollator mobil
TN5	w	66	68	mittel	Rollstuhl mobil

4.2 Darstellung der Fallvignetten

Für einen vertieften Einblick in den Kontext, die Personen, die Handlungen und die damit einhergehenden Handlungsrollen sowie die Ressourcen der einzelnen Teilnehmer/innen werden die Fallvignetten folgend dargestellt.

Fallvignette Herr Steiners – TN1

Kontext: Herr Steiner lebt mit seiner Ehefrau in einer Mietwohnung. Diese liegt in einer Kleinstadt zentral gelegen. Herr Steiner wurde erst kurz vor dem Ereignis seiner Ehefrau pensioniert. Davor arbeitete er als Aufsichtsperson in einem Kunsthaus und war als Künstler tätig. Seine Frau war zu 60 % als Familientherapeutin beschäftigt. Zurzeit nehmen sie Entlastungsdienste wie eine Reinigungshilfe sowie professionelle Fahrdienste in Anspruch. Unterstützung erhält Herr Steiner von Angehörigen, Freunden/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarinnen und Meditationsfreunden/-freundinnen. Frau Steiner ist gegenwärtig am Handstock mobil und zeigt Defizite der rechten Arm-Hand-Funktion. Kognitive Einschränkungen sind nicht vorhanden.

Person: Herr Steiner kann das Geschehene akzeptieren und sieht die Lage realistisch. Er ist eine **reflektierte Person**, welche sich mit der aktuellen Situation und der Vergangenheit intensiv auseinandersetzt. Er beschrieb sich selbst als „verträumt“ und sowie als „Künstlertyp“ (TN1, Zeile 13) und hat umfassende Erfahrung mit Meditation. Herr Steiner kann **Gefühle zulassen** und ist bereit, diese gegenüber seiner Ehefrau und anderen Personen **offen zu kommunizieren**. Weiter zeigte er eine hohe **Selbstfürsorge** und eine positive **Körperwahrnehmung**. Herr Steiner ist stolz auf die bereits erreichten Fähigkeiten seiner Ehefrau. Er selbst ist **gesund**.

Handlungen: Herr Steiner hat vorläufig im Bereich der Freizeit das **Malen** aufgegeben sowie im Bereich der Produktivität das **Sitzwachehalten**. Er wünscht sich aber, dieses zukünftig wieder aufzunehmen. Gerade die künstlerische Beschäftigung ist für ihn von hoher Bedeutung; dieser möchte er wieder nachgehen. Jedoch verbringt er nach wie vor **Zeit in seinem Atelier**. Nach dem Schlaganfall seiner Ehefrau machte Herr Steiner den Führerschein. Dadurch kann er sie zu den ambulanten Therapien oder mit ihr zum Einkaufen fahren. Seit dem Ereignis besucht er auf Anraten seiner Tochter regelmässig einen **Psychotherapeuten**, der ihm eine grosse Unterstützung bei der Verarbeitung der neuen Situation ist. Laut Herr Steiner führte seine Ehefrau vor dem Vorfall praktische und

handwerkliche Handlungen aus. Nun müssen diese von ihm übernommen werden. Ebenfalls neu sind für ihn das Richten der Medikamente und das nur noch **punktueller Unterstützen bei der Körperpflege** seiner Ehefrau. Nach der Geburt des **Enkels** kurz nach dem Schlaganfall übernahm das Ehepaar dann zu einem späteren Zeitpunkt die einmal wöchentliche gemeinsame Betreuung, der sie bereitwillig nachgehen. Zusätzlich wurde eine grosse Veränderung der **haushaltsbezogenen Handlungen** beschrieben. Da sämtliche Handlungen wie Kochen, Einkaufen und Reinigen vom Ehepaar zusammen ausgeführt werden müssen, besteht eine hohe Dichte von Handlungen im Alltag. Vor dem Ereignis teilten sie sich diese. Die Handlungen in den **Ferien** veränderten sich ebenfalls. Lange Wanderungen in den Bergen sind nicht mehr möglich, daher werden nun gemeinsame kurze Spaziergänge gemacht. Zudem führt Herr Steiner Ersterer alleine aus. Durch die neu hinzugekommenen ambulanten Therapien und das reduzierte motorische Tempo seiner Frau ist das Ehepaar **unflexibler** in der Planung der verschiedenen Handlungen und kann diese weniger spontan gestalten. Herr Steiner äusserte, dass er weniger Zeit für sich habe, in der er seinen Interessen nachgehen könne. Weiter erwähnte er, dass sich die **partnerschaftlich körperlichen Handlungen** wie Händehalten, Arm-in-Arm-Gehen, aber auch sexuelle Handlungen verändert hätten. **Unternehmungen und Gespräche** mit Freunden/Freundinnen, der einzigen Tochter und dem Schwiegersohn hat Herr Steiner fortgeführt. Diese Gespräche unterstützen ihn wesentlich in der Orchestrierung seiner Handlungsrollen. Unternehmungen mit seinen Freunden/Freundinnen musste er bezüglich der Intensität reduzieren, wünscht sich aber, diese wieder vermehrt auszuführen. Ebenso konnte er die Teilnahme in der Meditationsgemeinschaft, das **Meditieren** und das Qigong fortsetzen. Herr Steiner betonte, dass er seine **Handlungsrolle** im Hinblick auf seine Ehefrau als Begleiter und nicht als Betreuer oder Pfleger verstehe. Die Handlungsrolle des Nachbarn spielte kurz nach der Rückkehr ins häusliche Setting Frau Steiners eine bedeutende Rolle.

Ressourcen: Der **Nachbar** unterstützte Herrn Steiner bei praktisch-handwerklichen Handlungen und brachte gelegentlich ein Mittagessen vorbei. Ebenfalls war seine **Ehefrau** mit ihrem Verhalten, ihrer Motivation, ihren kognitiven Fähigkeiten sowie den bereits erzielten physischen Fortschritten ein unterstützender Faktor für Herrn Steiner. **Fachleute der Gesundheitsberufe** wie Pfleger/innen, Therapeuten/Therapeutinnen und die Chefärztin der stationären Neurorehabilitationsklinik halfen ihm durch ihre Transparenz, Kommunikation, Zuversicht und Beratung zu seiner Handlungsrollenorchestrierung. Weiter

sind der Psychotherapeut und die ambulante Ergotherapeutin, die als Vermittlungspersonen zwischen Herrn und Frau Steiner fungieren, eine wesentliche Stütze. Herr Steiner erwähnte, dass ihm eine **Selbsthilfegruppe** für Angehörige von Personen nach einem Schlaganfall circa zwei Monate nach Rückkehr seiner Ehefrau nach Hause geholfen hätte, um mehr Verständnis für seine Situation von aussenstehenden Personen zu erhalten. Bei **Handlungen im Bereich der Freizeit** wie Körperübungen, Qigong, Meditation und Spazieren kann er neue Energie sammeln.

Fallvignette Frau Schwagers – TN2

Kontext: Frau Schwager lebt mit ihrem Ehemann in einer Eigentumswohnung in einem zentral gelegenen Vorort einer Grossstadt. Sie stammt ursprünglich aus Bulgarien und er aus Deutschland. Frau Schwager arbeitet zu 100 % in einem Büro in der Stadt. Diese Tätigkeit ist für sie bedeutsam. Jedoch ist es für sie schwierig, mit der Ungewissheit umzugehen, wie es ihrem Mann zu Hause geht und was er macht. Das Ehepaar hat keine Kinder oder Familienmitglieder im nahen Umfeld. Zurzeit nehmen sie keine Entlastungsdienste in Anspruch. Zu Beginn der ambulanten Neurorehabilitation besuchten beide zwei Mal gemeinsam eine Psychotherapie. Weiter ist die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie in den ambulanten Rehabilitationsprozess involviert. Herr Schwager ist freier Fussgänger, zeigt Einschränkungen in der Arm-Hand-Funktion der linken oberen Extremität und weist leichte kognitive Defizite auf.

Person: Frau Schwager selbst ist **gesund** und zeigte ein hohes Mass an Energie sowie Engagement. Sie ist eine **kommunikative Person**, erzählte jedoch nicht umfangreich. Allgemein weist sie ein hohes **Reflexionsvermögen** und eine hohe **Selbstwahrnehmung** auf. Ebenfalls ist es ihr möglich, sich Freiräume zu schaffen. Zudem ist sie für die derzeitige Situation dankbar und kann diese akzeptieren. Sie hat ein eher biomedizinisches Verständnis des Gesundheitssystems. Stösst sie auf offene Fragen, recherchiert sie und/oder informiert sich bei **Arbeitskollegen/kolleginnen**. Durch diese effektiven **Problemlösestrategien** gelingt es ihr, Lösungsalternativen zu benennen. Frau Schwager bestärkt ihren Ehemann sowohl in seinen Fähigkeiten als auch in seinem Handeln und zeichnet sich durch eine hohe **Empathie sowie umfassendes Verständnis** für ihn aus. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung ihres Ehemannes und die **finanzielle Absicherung** in der Zukunft spielen für Frau Schwager eine wesentliche Rolle.

Handlungen: Frau Schwager verbringt gerne Zeit in den **Bergen** und machte vor dem Vorfall ihres Ehemannes regelmässig Zweitageswanderungen. Aufgrund ihrer Interessenunterschiede ging sie öfters alleine für mehrere Wochen auf **Reisen**. Diese Handlungen führt sie derzeit nicht mehr aus, da sie ihren Ehemann nicht länger als einen kompletten Tag alleine zu Hause lassen möchte. Die gemeinsamen Ferien am Strand entsprechen nicht ihren Erwartungen an einen Urlaub. Aktuell versucht sie, eine Lösung für ihren Mann und sich selbst zu finden. Wegen der veränderten Handlungen im Bereich der Freizeit und um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, begann Frau Schwager, sich **ehrenamtlich** zu engagieren. Zu ihrem Betätigungsprofil ist nach Rückkehr ihres Mannes nach Hause die **Unterstützung** hinzugekommen. Diese leistet sie teilweise beim Anziehen, im Umgang mit dem Computer sowie beim Einkaufen und Kochen, Letzteres führen sie nun zusammen durch. Frau Schwager genießt die **gemeinsamen Handlungen** am Abend nach der Arbeit. Dazu zählen Kochen, Einkaufen und Fernsehen. Ebenfalls sind die **gemeinsamen Thermalbadbesuche** an den Wochenenden für sie von hoher Qualität. **Handwerklich-technische Aufgaben** wie Garten- und/oder elektrische Arbeiten musste Frau Schwager von ihrem Ehemann übernehmen und nun vorwiegend alleine ausführen. Hierfür wünscht sie sich mehr Unterstützung von Drittpersonen. Sie hat nun die komplette Verantwortung für sämtliche administrativen Aufgaben und geht diesen auch eigenständig nach. Weiter muss sie komplexe und zukunftsweisende **Entscheidungen alleine treffen**, da ein Austausch über komplizierte Themen aufgrund der kognitiven Defizite ihres Ehemannes nicht mehr möglich ist.

Ressourcen: Frau Schwager treibt gerne **Sport**. Seit der Rückkehr ihres Ehemannes ins häusliche Setting ist sie weniger aktiv, besucht aber weiterhin regelmässig das Fitnesscenter. Diese Tätigkeit ist für sie bedeutungsvoll. Ebenfalls beschrieb sie das **Wandern**, die **Freiwilligenarbeit**, das **Meditieren und Spaziergänge** als wohltuend. Die Häufigkeit, Freunde/Freundinnen zu treffen sowie das Yogamachen und Spaziergehen hat sich reduziert. Allgemein erwähnte Frau Schwager, dass sie **weniger Zeit für sich habe**, da zusätzliche Aufgaben auf sie zugekommen seien. Für sie sind im Bereich der Freizeit die Wandergruppe, ihre Meditationslehrerin sowie die Personen, welche sie bei der Freiwilligenarbeit kennenlernt, eine **soziale Umweltressource**. Weiter sind **Arbeitskolleginnen** für rechtliche Angelegenheiten und bei der Entscheidungsfindung sowie ihre Vorgesetzte aufgrund der **Flexibilität der Arbeitszeiten** eine Unterstützung in der Orchestrierung ihrer Handlungsrollen. Ein langjähriger **Freund des Ehemannes**

besucht Herrn Schwager regelmässig und geht mit ihm Unternehmungen nach. Diese Anteilnahme empfindet Frau Schwager ebenfalls als Entlastung.

Fallvignette Frau Perkös' – TN3

Kontext: Frau Perkös lebt mit ihrem Ehemann und ihren zwei Kindern, welche im jungen Erwachsenenalter sind, in einer zentralen, städtischen Mietwohnung. Sie studierte in Bosnien Wirtschaft und war vor der Familiengründung in einer Hilfsorganisation tätig. Ihre Eltern leben ebenfalls in der Nähe. Herr Perkös arbeitete vor dem Ereignis in Vollzeit und ist aktuell zu 100 % arbeitsunfähig.

Zurzeit nehmen sie keine professionellen Entlastungsdienste in Anspruch. Frau Perkös möchte auch keine weitere Unterstützung von ausserhalb des sozialen Umfeldes. Gegenwärtig ist Herr Perkös am Handstock mobil, zeigt wenig Arm-Hand-Funktion und weist mittlere kognitive Defizite auf.

Person: Frau Perkös ist eine **energievolle** Frau, die gegenüber anderen Menschen **hilfsbereit, engagiert** und **wertschätzend** auftritt. Sie betonte wiederholt, dass sie mit der Situation zufrieden sei und diese akzeptiert habe. Im Interview zeigte sie sich beim Erzählen emotional berührt und hatte teilweise Tränen in den Augen, obwohl sie meistens lächelte. Sie erwähnte, dass eine **Fluchterfahrung** sie in ihrer Persönlichkeit gestärkt habe und sie daher dankbar sei, ein Leben in der Schweiz zu führen. Sie kann ihre Bedürfnisse gegenüber ihrem Ehemann sowie anderen Personen äussern. Daneben liess sie eine hohe Motivation erkennen, sich neuen Aufgaben zu stellen und sich an Situationen anzupassen. Frau Perkös selbst ist **gesund** und weist ein hohes Mass an **Reflexionsvermögen sowie Empathie** auf. Ebenfalls beschrieb sie die **Angst vor Stürzen** ihres Ehemannes aufgrund seiner epileptischen Anfälle. Für solche Angelegenheiten beschafft sie sich Fachbücher und bildet sich dadurch weiter.

Handlungen: Frau Perkös war bis vor dem Ereignis aktive Teilnehmerin an einer **Siedlungskommission**. Das Organisieren von Treffen und kleineren Anlässen, der soziale Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Menschen bereiteten ihr Freude. Die Mitwirkung in der Siedlungskommission musste sie nach der Hirnblutung ihres Mannes aufgeben, da seine Pflege viel Zeit in Anspruch nimmt. Für ihre Abwesenheit muss stets eine Betreuungsperson organisiert werden. Frau Perkös machte seit dem Ereignis keinen **Sport** wie Joggen oder Yoga mehr. Auch nahm sie sich keine **Zeit für sich alleine** aufgrund

der oben erwähnten Gründe. Diese Handlungen möchte sie zukünftig wieder aufnehmen. Verlängerte Wochenenden mit Freundinnen sowie die Freiwilligenarbeit, die sie in einem Asylheim vereinzelt leistete, sind ebenfalls nicht mehr möglich. Laut Frau Perkos findet ein **Treffen mit Freundinnen** nur noch selten statt und verlängerte Wochenenden sind wegen der notwendigen **durchgehenden Betreuung** Herrn Perkos' nicht mehr realisierbar. Durch seine ständige Anwesenheit im häuslichen Setting ist er nun intensiver in das Familienleben involviert und bei der Einnahme der Mahlzeiten stets präsent. Daher haben sich die Umwelt sowie die Handlungen für Frau Perkos verändert. Handlungen, die neu hinzukamen, liegen im Bereich der **Körperpflege**. Entsprechend hilft sie ihrem Ehemann beim Duschen, Waschen und Anziehen. Weiter begleitet sie ihn bei der Fortbewegung mit oder ohne Handstock. Sie betonte wiederholt, dass sie ihren Ehemann **gerne unterstütze und umsorge**, sie jedoch teilweise etwas überfürsorglich handle. Andere ihrer neuen Zuständigkeiten sind **administrative Tätigkeiten**, die zuvor ihr Mann durchführte, sowie **handwerklich-technische Aufgaben**. Letztere hat ebenfalls Frau Perkos mit Unterstützung ihres Sohnes übernommen. Daneben schlossen sich die **Organisation und Koordination** von Terminen bei Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen an. Ebenso leistete Frau Perkos meistens die **Fahrdienste und Begleitung** zu diesen Terminen. Demzufolge liegt die komplette Organisation des Tagesablaufes bei ihr. Ausserdem machte die Familie regelmässig gemeinsam Urlaub im In- und Ausland. Hingegen wurden die ersten **Ferien** nach dem Ereignis zusammen mit Frau Perkos' Eltern in einem Ferienhaus in der Schweiz verbracht. Für Frau Perkos war es bedeutsam, die medizinische Sicherheit bei einem allfälligen Notfall zu haben. Nicht verändert haben sich laut ihr die Handlungen im Haushalt, da sie diesen bereits zuvor alleine führte. Zukünftig möchte sie aus finanziellen Gründen und da ihr Mann auch weiterhin arbeitsunfähig sein wird wieder einer **bezahlten Arbeit** nachgehen. Sie erwähnte, dass sie derzeit finanziell positiv aufgestellt seien, aber langfristig ein Einkommen notwendig sein werde. Kaum gewandelt hat sich die Handlungsrolle als Mutter, Tochter und Schwester. Der **familiäre Zusammenhalt** und das Verhältnis untereinander waren bereits vor dem Ereignis intensiv und die Handlungsrolle als Partnerin kann ebenfalls fortgeführt werden.

Ressourcen: Frau Perkos erhält von diversen **Familienmitgliedern** Hilfe: einerseits von den Kindern, ihren Eltern, ihren Schwiegereltern und ihrer Schwester bei der Betreuung ihres Ehemannes im Falle von Abwesenheit. Andererseits erfährt sie von ihnen emotionale Unterstützung. Sie erwähnte, dass ihr die Leichtigkeit der Kinder im Umgang mit ihrem

Ehemann guttue. Weiter unterstützen sie die Gespräche und die Gesellschaft der Familienmitglieder in der Orchestrierung ihrer Handlungsrollen. Die Anteilnahme und das empathische Verhalten von **Freunden/Freundinnen**, ehemaliger **Arbeitskollegen/-kolleginnen und Vorgesetzten** sind ebenfalls förderlich. Frau Perkos äusserte, dass es ihr gut ginge, wenn sich ihr **Ehemann** wohlfühle. Zudem stärkt es sie, dass er eine hohe Motivation aufzeigt, um an seinen Körperfunktionen zu trainieren, aber auch die bereits sichtbar erzielten Fortschritte und Fähigkeiten festigen sie. Die **gemeinsame Zeit** mit ihrem Ehemann beim Essen, Fernsehen, Musikhören und Spaziergehen geniesst sie ebenfalls. **Fachleute der Gesundheitsberufe** wie Therapeuten/Therapeutinnen und Pfleger/innen haben sie wesentlich beim Erlernen des Umgangs mit ihm unterstützt – bereits in der stationären, aber auch in der ambulanten Neurorehabilitation. Weiter geht Herr Perkos nun regelmässig zur Akupunktur und zur Osteopathie. Daneben erläuterte sie, dass das Erlangen einer täglichen **Routine** im Zusammenleben mit ihrem Ehemann auch unterstützend wirke.

Fallvignette Frau Müllers – TN4

Kontext: Frau Müller lebt mit ihrem Ehemann in einer städtischen, zentral gelegenen Wohnung. Herr Müller kam nach dem längeren Spitalaufenthalt für sechs Monate in die stationäre Neurorehabilitationsklinik in der Nähe des Wohnorts. Anschliessend lebte er für vier Monate im Pflegeheim, durfte dann erneut zwei Monate in dieselbe Rehabilitationsklinik und kehrte zuletzt nach Hause zurück. Das Ehepaar hat einen Sohn und eine Tochter. Zurzeit nehmen sie professionelle Fahrdienste sowie zweimal täglich die Entlastungsdienste der Spitex in Anspruch. Herr Müller ist in der Wohnung im Rollstuhl mobil, führt die Transfers selbstständig durch und geht ausserhalb des Hauses einige Meter am Rollator. Er ist auf ein Tracheostoma und eine perkutane endoskopische Gastrostomie(PEG)-Sonde angewiesen, da das Schlucken nicht möglich ist. Gekautes muss er wieder in einen Becher ausspucken. Weiter zeigt er keine kognitiven Einschränkungen.

Person: Frau Müller ist eine **energievolle** Frau mit einer hohen **Motivation** in der Alltagsbewältigung, die immer beschäftigt ist. Sie weist eine **hohe Flexibilität** in der Anpassung an neue Situationen und effiziente **Problemlösestrategien** auf. Weiter ist sie eine **hilfsbereite Person**. Sie ist zuversichtlich und dankbar, dass ihr Ehemann wieder zu Hause ist und kann die gegebene Situation akzeptieren. Ausserdem ist sie selbst **gesund** und beschrieb sich als **starke Persönlichkeit**, die psychisch stabil und widerstandsfähig sei.

Handlungen: Herr und Frau Müller waren vor dem Ereignis viel in den Bergen zum **Wandern** und verbrachten Zeit in einem Ferienhaus in der Schweiz am Herkunftsort Frau Müllers. Einen solchen **Urlaub** und mehrtägige Wochenendausflüge musste das Ehepaar aufgrund der medizinischen Versorgung aufgeben. Auch die gemeinsame Teilnahme an Wandergruppen ist nicht mehr möglich. Da Frau Müller **nicht Auto fährt**, sind Tagesausflüge zu zweit an abgelegene Orte nicht mehr denkbar. Gerne würde sie mit ihrem Ehemann zukünftig kleinere Tagesausflüge mit öffentlichen Verkehrsmitteln durchführen. Sie beschrieb eine Einschränkung in der **zeitlichen Flexibilität**, da sie für alleinige Friseurtermine, das Einkaufen und Spaziergänge vom **Entlastungsdienst** für betreuende Angehörige oder vom Nachbarn abhängig sei. Weiter lassen sich gemeinsame **Restaurantbesuche** wegen der Schluckproblematik Herr Müllers nicht mehr realisieren. Neu hinzugekommen ist für Frau Müller die **medizinische Versorgung** des Ehemannes. Am Morgen und am Abend übernimmt die **Spitex** einen Teil dieser. Durch deren täglichen Einsatz sowie die **häuslichen Ergo- und Physiotherapien** wird die Tagesstruktur vorgegeben. Über diese Angebote ist Frau Müller dankbar. Bei den Therapien ist sie stets anwesend und versucht, von den Therapeuten/Therapeutinnen zu lernen und die Inhalte im Alltag umzusetzen. Ohne die Hilfe der Spitex wäre das Zusammenleben im häuslichen Setting aufgrund des Zustands Herrn Müllers nicht möglich. Ebenfalls schlossen sich die **Koordination und Organisation** von Terminen und die **Administration** an. Bezüglich Letzterer erhält Frau Müller Unterstützung durch ihren Sohn und durch die Büro-Spitex. Jedoch muss sie alle entsprechenden Unterlagen den jeweiligen Personen zukommen lassen. Ihr **Sohn** steht ihr ebenfalls bei der Entscheidungsfindung zur Seite, indem er sie einerseits in ihren Bedürfnissen bestärkt und andererseits die Situation transparent darstellt. Eine weitere neue Aufgabe ist die Unterstützung im Bereich der **Körperpflege** am Morgen und am Abend sowie das Reinigen der Speicheldosen. Die Toilettengänge kann Herr Müller selbstständig durchführen. Aufgrund der visuellen Defizite liest Frau Müller ihm

regelmässig die Zeitung vor und anschliessend diskutieren sie darüber. **Rituale rund um das Essen** zu Hause führt das Ehepaar weiter. Diese haben für Frau Müller eine hohe Bedeutung. Sie findet es besonders relevant, für zwei Personen zu kochen und aufzutischen wie auch mit einem Glas Wein anzustossen. Frau Müller hat keine Handlungsrollen seit der Rückkehr ihres Ehemannes in das häusliche Setting komplett aufgeben müssen.

Ressourcen: Frau Müller beschrieb jedoch eine Intensivierung der Handlungsrolle als Freundin durch den Beitritt in den **Kirchenverein**. Dadurch fand sie neue Freundinnen, die sie bei Bedarf unterstützen sowie mit ihr in der freien Zeit essen oder einkaufen gehen und kleine Ausflüge unternehmen. Weiter kann sie diese **um Rat fragen**, sich austauschen oder deren Fahrdienste in Anspruch nehmen. Ein **nahestehender Nachbar** unternimmt regelmässige Ausflüge mit Herrn Müller mit dem Auto. Diese Beziehung hat sich seit dem Ereignis gefestigt. Die Ausflüge dienen Frau Müller der Entlastung, um Zeit für sich zu haben. Daneben hat sie die Handlungsrolle des Familienmitglieds und der für sie bedeutungsvollen Handlungsrolle der **religiösen Teilnehmerin** inne. Weiter erwähnte sie, dass die bestärkenden Worte und die **transparente Kommunikation** während des Aufenthaltes in der Neurorehabilitationsklinik unterstützend wirkten. Eine andere Ressource Frau Müllers ist ihr **Ehemann** mit seiner positiven Einstellung, Zuversicht und Gelassenheit, aber auch seine sichtbar erzielten Fortschritte und die vorhandenen Fähigkeiten. Beide verfügen über sämtliche **Hilfsmittel**, die sie benötigen. Entweder werden sie direkt von Herrn Müller verwendet oder sie dienen Frau Müller als Hilfe bei dessen Körperpflege und medizinischer Versorgung. Das **Gebet** sowie alleinige **Spaziergänge** geben ihr Kraft und werden als erholsam empfunden. Frau Müller beschrieb den Alltag als entspannter und unkomplizierter, seit eine gewisse **Routine** im Umgang mit ihrem Ehemann eingekehrt ist. Eine Rolle spielt auch, dass sie sich mit den verschiedenen Materialien und Hilfsmitteln vertraut fühlt.

Fallvignette Frau Sutters – TN5

Kontext: Frau Sutter lebt mit ihrem Ehemann in einem ländlich gelegenen Haus. Öffentliche Verkehrsmittel direkt in die Stadt und ein Dorfladen, der zu Fuss in wenigen Minuten erreichbar ist, sind vorhanden. Das Ehepaar hat einen Sohn und zwei Töchter. Frau Sutter arbeitete früher als Handarbeitslehrerin.

Zurzeit nehmen sie keine Entlastungsdienste in Anspruch. Zu Beginn kam die Spitex für die morgendliche Routine vorbei. Dieser Service wurde jedoch nach wenigen Wochen im Anschluss an die Rückkehr nach Hause aufgrund der Unzufriedenheit Frau und Herrn Sutters aufgegeben. Aus dem sozialen Umfeld beziehungsweise von ihren Nachbarn/Nachbarinnen erhält Frau Sutter wenig Unterstützung. Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie führen **häusliche Therapeuten/Therapeutinnen** durch. Für diese Möglichkeit ist Frau Sutter dankbar. Bei den Therapien ist sie stets anwesend und versucht, von den Therapeuten/Therapeutinnen zu lernen – einerseits, damit sie die Inhalte als Co-Therapeutin im Alltag umsetzen kann und andererseits, um das neurologische Krankheitsbild zu verstehen. Weiter geht Herr Sutter in ein ambulantes Therapiezentrum, welches auf Robotik spezialisiert ist. Diesen Fahrdienst übernimmt jeweils eine der beiden Töchter. Herr Sutter ist rollstuhlmobil und kann wenige Schritte am Unterarmrollator gehen. Er zeigt ausgeprägte Einschränkungen der einen Arm-Handfunktion sowie mittlere kognitive Defizite. Hinzu kommt, dass er nachts oft unruhig ist.

Person: Frau Sutter kann auf ein **hohes Energielevel** zurückgreifen. Dies zeigt sich darin, dass sie im Umgang mit ihrem Ehemann, der Hilfsmittelversorgung sowie der gesamten Organisation, Koordination und Bewältigung des Alltags engagiert und motiviert ist. Ihre **praktischen und kreativen Kompetenzen** sind ihr bei der Problemlösung von Alltagsaufgaben dienlich. Sie selbst beschrieb sich als eine Person, die stets aktiv sein müsse und wenig Schlaf benötige. Frau Sutter machte den Eindruck einer aufgeschlossenen Persönlichkeit, die überlegt und offen auf persönliche Fragen antwortete. Diese **Offenheit** und das **mutige Vorgehen** sind ebenfalls im Umgang mit neuen Situationen erkennbar. Sie selbst äusserte, dass ihr die „Verbissenheit“ in der Zeit nach dem Schlaganfall ihres Partners geholfen habe, mit der Situation umzugehen. Im Gespräch war die **Enttäuschung von Personen des sozialen Umfeldes**, welche Unterstützung anboten, aber nicht in Taten umsetzten, wiederholt herauszuhören. Dies bezog sich auf Freunde/Freundinnen und Bekannte, aber auch teilweise auf enge Familienmitglieder. Die verbale **Kommunikation und der Umgang mit ihrem Ehemann** sind geduldig, liebevoll

und ruhig. Das Sprechtempo passt Frau Sutter ihm gegenüber adäquat an. Sie selbst ist **gesund** und zeigt ein hohes **Reflexionsvermögen**, indem sie geschehene Ereignisse analysieren und daraus Schlüsse ziehen kann. Weiter kann sie die Situation akzeptieren. Daneben liess sie eine hohe **Zuversicht** im Hinblick auf die Zukunft sowie eine grosse **Dankbarkeit** dafür erkennen, dass sie wertvolle Zeit mit ihrem Ehemann verbringen kann.

Handlungen: Für Frau Sutter veränderte sich das Betätigungsprofil komplett. Sie gab alle Aktivitäten im Bereich der **Freizeit** auf, welche sie mit ihrem Ehemann vor dem Ereignis ausführte. Diese umfassten Motorradfahren, Tauchen, gemeinsame Ausflüge wie Theaterbesuche und Urlaub. Weiter konnte sie seit der Rückkehr ihres Ehemannes ins häusliche Setting keinen sportlichen Handlungen wie Walking oder Fahrradfahren nachgehen. **Zeit für sich**, um einkaufen zu gehen, ein Buch zu lesen oder einen Film zu schauen hat sie nicht mehr. Auch ist es nicht möglich, spontane Einladungen wahrzunehmen oder spontane Ausflüge zu planen. Die **zeitliche Flexibilität** ist aufgrund der hohen Inanspruchnahme der Körperpflege Herr Sutters eingeschränkt. Gerade die Zeit für sich und das Walking fehlen Frau Sutter besonders. Diesen Umstand möchte sie an ihrem Betätigungsprofil ändern. Verschiedene neue Handlungen kamen seit dem Vorfall ihres Ehemannes hinzu. Diese umfassen die **Koordination von Terminen** und deren Wahrnehmung sowie sämtliche **administrativen Aufgaben**, welche zuvor überwiegend ihr Ehemann erledigte. Diesen muss sie zu allen Terminen mit dem Bus oder mit dem Auto begleiten. Die **Hilfsmittelorganisation** und deren Verwaltung sind ebenfalls neu. Weiter schliessen sich **handwerklich-technische Aufgaben** rund um die Gartenpflege und die Hauswartung an. Zur Unterstützung engagierte Frau Sutter für schwere Gartenarbeiten einen Gärtner. Diese Erfordernisse wurden vor dem Ereignis entweder aufgeteilt oder gemeinsam erledigt. Andere unbekannte Handlungen ergaben sich für Frau Sutter im Bereich der **Körperpflege** ihres Ehemannes. Hierzu zählt die Unterstützung beim Toilettengang, Duschen, Anziehen und Essen. Frau Sutter macht mit ihm als **Co-Therapeutin** beispielsweise Computerspiele, allgemeine Spiele und Bewegungsübungen. Weiter steht sie ihrem Ehemann emotional bei, indem sie in Nächten, in denen er unruhig ist und nicht schlafen kann, zuhört, ihn beruhigt und mit ihm spricht. Frau Sutter setzt Handlungen im häuslichen Setting fort, die sie alleine oder mit ihrem Ehemann realisiert. Diese sind Nähen, Briefeschreiben, Puzzeln, Zeitunglesen, gemeinsames Spaziergehen und der gemeinsame Austausch sowie die Gespräche. Diese **gemeinschaftlichen Handlungen** sind für sie von grosser Bedeutung. Das Nähen wird vorwiegend

zweckmässig ausgeführt, da Frau Sutter passende und praktische Hosen für ihren Ehemann näht und die Zeit für Kleidungseinkäufe fehlt. Sie war bereits vor dem Ereignis für die innerhäuslichen Tätigkeiten wie Putzen und Waschen zuständig, konnte aber bei technischen sowie handwerklichen Handlungen im und um das Haus auf die Unterstützung ihres Ehemannes zählen. Nun ist sie **alleine für den Haushalt** verantwortlich. Diese Handlungsrolle beschrieb sie als intensiviert.

Ressourcen: Frau Sutter erwähnte, dass ihr der neu gefundene **Hausarzt** eine grosse Hilfe sei. Von ihm fühle sie sich aufgrund seines Engagements und seiner Empathie ernst genommen. Demnächst möchte sie versuchen, Unterstützung von aussen wahrzunehmen. Hierfür wurde bereits ein **Entlastungsdienst** durch eine Pflegehelferin für einen Nachmittag in die Wege geleitet. Eine der **Töchter** unterstützt Frau Sutter dahingehend, indem sie einmal pro Woche mit Herrn Sutter zusätzlich zur robotergestützten Physiotherapie fährt. Eine grosse Ressource Frau Sutters ist ihr **Ehemann**. Einerseits stärken sie die sichtbaren Fortschritte in den Bereichen der Mobilität sowie der Kommunikationsfähigkeit und sein ruhigeres Verhalten. Andererseits beschrieb sie ihn als eine friedliche, geduldige und witzige Person, wie er sie schon früher gewesen sei. Die Zeit unmittelbar nach dessen Rückkehr ins häusliche Setting stellte Frau Sutter als schwierig dar. Jedoch sei die Alltagsbewältigung wesentlich unkomplizierter, seitdem eine gewisse **Routine im Alltag** vorherrsche. Weiter ist sie dankbar, dass ihr Ehemann nachts ruhiger geworden sei und sie dadurch einige Stunden durchschlafen könne sowie Erholung finde.

4.3 Relevante Ergebnisse

In der folgenden Tabelle 6 werden die Ergebnisse der Fallvignetten kategorienbezogen nebeneinander dargestellt, um eine Übersicht über die relevanten Ergebnisse zu geben. Hierdurch können vergleichende Schlüsse gezogen werden.

Tabelle 6: Relevante Ergebnisse

4.3.1 Veränderung des Betätigungsprofils				
TN1	TN2	TN3	TN4	TN5
Aufgegebene Handlungen				
<u>Freizeit:</u> •Malen <u>Produktivität:</u> •Sitzwache halten	<u>Freizeit:</u> •Alleine reisen •Wandern (Zweitageswanderungen)	<u>Freizeit:</u> •Wochenenden mit Freundinnen verbringen •Joggen, Yoga •In der Siedlungskommission beteiligen <u>Erholung:</u> •Erholen (Zeit für sich) <u>Produktivität:</u> •Freiwilligenarbeit	<u>Freizeit:</u> •Ferien und Wochenenden verbringen •Ausflüge machen •Wandern <u>Selbstversorgung:</u> •Im Restaurant mit Partner essen	<u>Freizeit:</u> •Ferien verbringen •Ausflüge machen •Motorrad fahren •Kino oder Theater besuchen •Sport treiben •Freunde/Freundinnen treffen <u>Erholung:</u> •Erholen (Zeit für sich)

Neu hinzugekommene Handlungen				
<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Auto fahren •Enkel gemeinsam betreuen <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Partnerin begleiten •Psychotherapien besuchen •Handwerken •Medikamente richten •Partnerin bei Körperpflege unterstützen 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Gemeinsam Thermalbad besuchen <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Partner unterstützen •Handwerken •Administration durchführen •Freiwilligenarbeit <p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Gemeinsam kochen und einkaufen 	<p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Partner bei Körperpflege unterstützen •Medikamente richten •Partner begleiten •Administration durchführen •Handwerken •Partner betreuen <p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Mit Partner zu Mittag essen 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Zeitung vorlesen und diskutieren <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Partner bei Körperpflege unterstützen •Partner medizinisch versorgen •Administration koordinieren •Termine organisieren und koordinieren •Briefkasten leeren Zweitwohnung verwalten 	<p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Partner bei Körperpflege unterstützen •Termine organisieren und koordinieren •Hilfsmittel organisieren •Partner begleiten •Handwerken •Massnahmen als Co-Therapeutin durchführen •Emotional beistehen
Veränderte Handlungen				
<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Ferien verbringen •Wandern, spazieren gehen •Künstlerisch tätig sein <p><u>Erholung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Erholen (Zeit für sich) •Sexuelle Handlungen •Sich körperlich nahe sein <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Haushalten 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Ferien verbringen •Sport treiben •Yoga machen •Spazieren gehen •Freunde/Freundinnen treffen <p><u>Erholung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Erholen (Zeit für sich) <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Entscheidungen treffen 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Ferien verbringen •Freunde/innen treffen <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Kinder erziehen •Tagesablauf organisieren <p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Einkaufen 	<p><u>Erholung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Spazieren gehen <p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Im Restaurant essen (alleine oder mit Freunden/Freundinnen) 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Spazieren gehen •Familiäres Zusammenleben <p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Gartenarbeiten erledigen <p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Kochen und einkaufen •Essen
Weitergeführte Handlungen ohne Veränderung				
<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Freunde/Freundinnen treffen <p><u>Erholung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Meditieren 	<p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •100 % arbeiten 	<p><u>Produktivität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Haushalten 	<p><u>Selbstversorgung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Kochen und essen •Rituale beim Essen durchführen 	<p><u>Freizeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Nähen •Briefe schreiben, puzzeln •Gespräche mit Partner führen •Zeitung lesen

4.3.2 Veränderung der Handlungsrollen				
TN1	TN2	TN3	TN4	TN5
Aufgegebene Handlungsrollen				
<u>Ehrenamtliche/r:</u> •Sitzwache	<u>Hobbytreibende/r:</u> •Reisende •Wanderin	<u>Ehrenamtliche/r:</u> •Freiwillige Mitarbeiterin •Mitarbeiterin in der Siedlungskommission <u>Hobbytreibende/r:</u> •Joggerin, Meditierende	Keine	<u>Freund/in:</u> •Freundin <u>Hobbytreibende/r:</u> •Hobbytreibende
Neu hinzugekommene Handlungsrollen				
<u>Betreuer/in:</u> •Betreuer des Enkels •Begleiter der Partnerin <u>Familienmitglied:</u> Grossvater <u>Sonstige:</u> •Klient beim Psychotherapeuten	<u>Ehrenamtliche/r:</u> •Ehrenamtliche Mitarbeiterin <u>Betreuer/in:</u> •Betreuerin des Partners	<u>Betreuer/in:</u> •Betreuerin des Partners <u>Hausmann/-frau:</u> •Organisatorin des Tagesablaufs	<u>Betreuer/in:</u> •Betreuerin des Partners <u>Freund/in:</u> •Freundin <u>Teilnehmer/in in Organisation:</u> •Teilnehmerin in der Kirchgemeinde	<u>Betreuer/in:</u> •Betreuerin des Partners <u>Hausmann/-frau:</u> •Organisatorin
Veränderte Handlungsrollen				
<u>Hausmann/-frau:</u> •Hausmann <u>Freund/in:</u> •Malerfreund, allgemein Freund, Nachbar <u>Familienmitglied:</u> •Partner, Bruder Vater- und Schwiegervater •Sohn- und Schwiegersohn <u>Hobbytreibende/r:</u> •Meditierender, Künstler	<u>Hausmann/-frau:</u> •Hausfrau <u>Freund/in:</u> •Freundin <u>Familienmitglied:</u> •Partnerin	<u>Hausmann/-frau:</u> •Hausfrau <u>Freund/in:</u> •Freundin •Nachbarin <u>Familienmitglied:</u> •Partnerin	<u>Hausmann/-frau:</u> •Hausfrau <u>Freund/in:</u> •Nachbarin <u>Hobbytreibende/r:</u> •Hobbytreibende	<u>Hausmann/-frau:</u> •Hausfrau <u>Familienmitglied:</u> •Partnerin •Mutter <u>Hobbytreibende/r:</u> •Hobbytreibende

Weitergeführte Handlungsrollen ohne Veränderung				
<u>Teilnehmer/in in Organisation:</u> • <i>Teilnehmer in Meditationsgemeinschaft</i>	<u>Berufstätige/r:</u> • <i>Berufstätige, Arbeitskollegin</i> <u>Familienmitglied:</u> • <i>Tochter</i> <u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Sportlerin</i>	<u>Familienmitglied:</u> • <i>Mutter</i> • <i>Tochter</i> • <i>Schwester</i>	<u>Familienmitglied:</u> • <i>Mutter, Partnerin</i> <u>Religiöse/r Teilnehmer/in:</u> • <i>Religiöse Teilnehmerin</i>	<i>Keine</i>
Zukünftig gewünschte Handlungsrollen				
<u>Ehrenamtliche/r:</u> • <i>Sitzwache</i> <u>Freund/in:</u> • <i>Malerfreund, allgemein Freund, Nachbar</i> <u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Meditierender, Künstler</i>	<u>Schüler/in:</u> • <i>Weiterbildende</i> <u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Reisende</i>	<u>Berufstätige/r:</u> • <i>Berufstätige</i> <u>Ehrenamtliche/r:</u> • <i>Freiwillige Mitarbeiterin</i> • <i>Mitarbeiterin in der Siedlungskommission</i> <u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Hobbytreibende</i>	<u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Hobbytreibende (Ausflüge)</i>	<u>Freund/in:</u> • <i>Freundin</i> <u>Familienmitglied:</u> • <i>Mutter</i> <u>Hobbytreibende/r:</u> • <i>Hobbytreibende</i>

4.3.3 Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen				
TN1	TN2	TN3	TN4	TN5
Soziale Umweltressourcen				
<ul style="list-style-type: none"> •Familienmitglieder •Person nach Schlaganfall <u>Fachleute der Gesundheitsberufe:</u> •Pfleger/innen •Therapeuten/Therapeutinnen Chefärztin •Psychotherapeut •Ambulante Ergotherapeutin <u>Unterstützende Personen/-gruppen:</u> •Meditationsgemeinschaft •Reinigungshilfe 	<ul style="list-style-type: none"> •Wandergruppe, Meditationslehrerin •Personen der Freiwilligenarbeit <u>Unterstützende Personen/-gruppen:</u> •Arbeitskolleginnen •Vorgesetzte •Freund der Person nach Schlaganfall 	<ul style="list-style-type: none"> •Familienmitglieder •Person nach Schlaganfall <u>Fachleute der Gesundheitsberufe:</u> •Pfleger/innen •Therapeuten/Therapeutinnen <u>Unterstützende Personen/-gruppen:</u> •Freunde/Freundinnen •Arbeitskollegen/-kolleginnen •Vorgesetzte der Person nach Schlaganfall 	<ul style="list-style-type: none"> •Familienmitglieder •Person nach Schlaganfall <u>Fachleute der Gesundheitsberufe:</u> •Spitex-Personal •Pfleger/innen •Häusliche Therapeuten/Therapeutinnen •Entlastungsdienst für betreuende Angehörige <u>Unterstützende Personen/-gruppen:</u> •Freunde/Freundinnen •Kirchgemeinschaft 	<ul style="list-style-type: none"> •Familienmitglieder •Person nach Schlaganfall <u>Fachleute der Gesundheitsberufe:</u> •Häusliche Therapeuten/Therapeutinnen •Entlastungsdienst für betreuende Angehörige <u>Unterstützende Personen/-gruppen:</u> •Gärtner •Elektrohändler
Physische Umweltressourcen				
<ul style="list-style-type: none"> •Professionelle Fahrdienste •Zentrale Wohnlage •Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> •Arbeitsplatz •Zentrale Wohnlage 	<ul style="list-style-type: none"> •Zentrale Wohnlage •Finanzielle Sicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> •Professioneller Fahrdienst •Zentrale Wohnlage •Hilfsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> •Zentrale Wohnlage •Hilfsmittel
Personenbezogene Ressourcen				
<ul style="list-style-type: none"> •Kommunikationsfähigkeit •Reflexivitätsfähigkeit •Selbstwahrnehmung •Akzeptanz der Situation •Eigene Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> •Kommunikationsfähigkeit •Reflexivitätsfähigkeit •Akzeptanz der Situation •Eigene Gesundheit •Hartnäckigkeit •Effiziente Problemlösestrategien 	<ul style="list-style-type: none"> •Kommunikationsfähigkeit •Reflexivitätsfähigkeit •Akzeptanz der Situation •Antrieb oder Energie •Eigene Gesundheit •Dankbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> •Kommunikationsfähigkeit •Akzeptanz der Situation •Eigene Gesundheit •Antrieb oder Energie •Persönliche Stärke •Effiziente Problemlösestrategien •Glaube an Gott 	<ul style="list-style-type: none"> •Reflexivitätsfähigkeit •Akzeptanz der Situation •Eigene Gesundheit •Antrieb oder Energie •Persönliche Stärke •Effiziente Problemlösestrategien

Handlungsbezogene Ressourcen				
<ul style="list-style-type: none"> •Handlungen mit Sozialkontakten •Psychotherapeut aufsuchen •Freizeitaktivitäten ausführen •Enkel betreuen •Tägliches Besuchen in der Rehabilitationsklinik 	<ul style="list-style-type: none"> •Freizeitaktivitäten ausführen •Zeit mit der Person nach Schlaganfall verbringen •Bezahlter Arbeit nachgehen •Tägliches Besuchen in der Rehabilitationsklinik 	<ul style="list-style-type: none"> •Handlungen mit Sozialkontakten •Helfen, Unterstützung geben können •Zeit mit der Person nach Schlaganfall verbringen •Fachbücher lesen •Routinen im Alltag durchführen •Tägliches Besuchen in der Rehabilitationsklinik 	<ul style="list-style-type: none"> •Freizeitaktivitäten ausführen •Zeit mit der Person nach Schlaganfall verbringen •Bei den Therapien anwesend sein •Tägliches Besuchen in der Rehabilitationsklinik •Routinen im Alltag durchführen 	<ul style="list-style-type: none"> •Ausruhen oder schlafen •Zeit mit der Person nach Schlaganfall verbringen •Bei den Therapien anwesend sein •Tägliches Besuchen in der Rehabilitationsklinik •Routinen im Alltag durchführen

4.4 Vergleichende Fallanalyse

Jeweils zu Beginn der Ergebnispräsentation der jeweiligen Überkategorien wird eine Abbildung präsentiert. In dieser werden die Kategorien der relevanten Ergebnisse sowie die Anzahl der Teilnehmer/innen aufgezeigt, die die jeweilige Kategorie nannten. Anschliessend werden die Ergebnisse zusammengefasst und um Zitate aus den Interviews ergänzt.

4.4.1 Veränderung des Betätigungsprofils

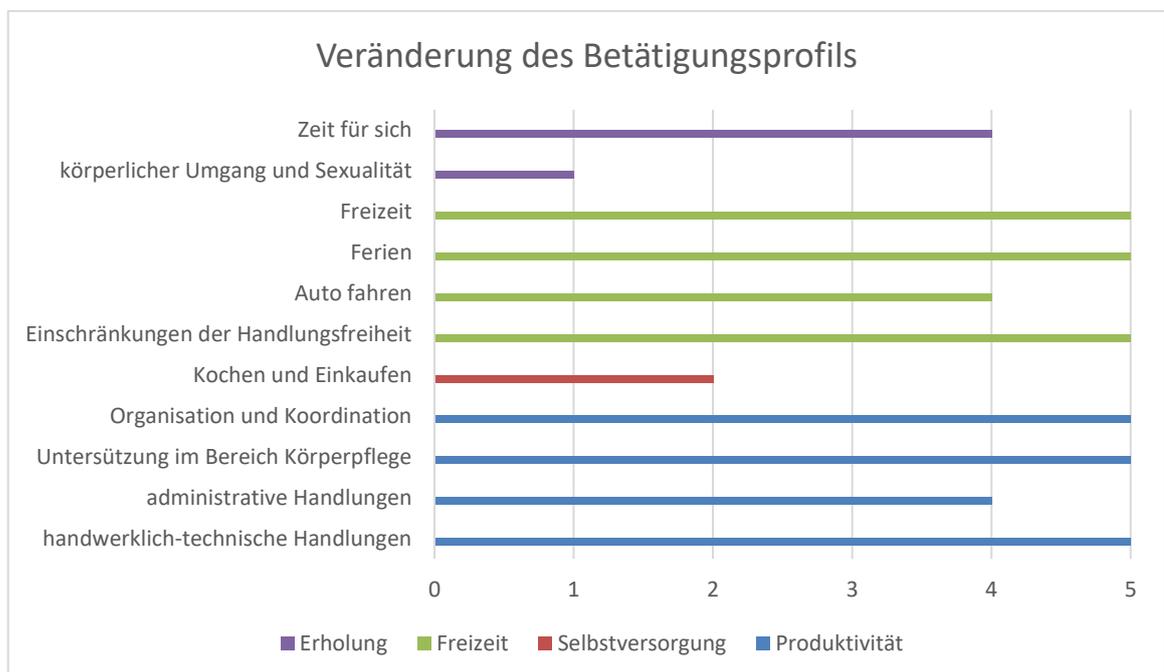


Abbildung 1: Veränderung des Betätigungsprofils

Erholung: Zeit für sich

Zwei von fünf Teilnehmern/Teilnehmerinnen gaben an, dass sie weniger Zeit für sich hätten. Weitere zwei Personen erwähnten, keine Zeit mehr für sich selbst zu haben.

„Und einfach, dass ich keine Zeit mehr habe für mich. Das ist weg.“ (TN5, Zeile 45)

„Und, also was ich wieder mehr machen möchte, ist wieder ins Atelier gehen. Also ich male selbst. Spiele Saxophon, kann das bei Freunden machen. Einfach die,

wieder mehr Zeit für mich, also da ist selten Zeit einfach ganz für mich alleine.“ (TN1, Zeile 292–295)

Die fünfte Person kann sich wegen einer Betreuungsperson Zeit für sich nehmen.

„Ich gehe manchmal mit einer Kollegin essen und dann kommt jemand, alle vierzehn Tage kommt jemand für Schwerkranke betreuen, und das ist durch die Spitex. Die haben das eingefädelt. Und da kommt jetzt eine Frau und die schaut auch weiter, dass alle vierzehn Tage, dass jemand kommen kann, dass ich mich ein bisschen kann entspannen. Dass ich irgendwo etwas essen gehen kann oder zum Coiffeur gehen will oder irgend so. Das ist noch schön.“ (TN4, Zeile 178–183)

Eine Teilnehmerin beschrieb Einschränkungen bezüglich des Schlafs und der Erholung.

„[...] Und dass doch drei, vier, manchmal sogar fünf Stunden einfach Ruhe ist in der Nacht. Dass er nicht alle zwei Minuten läutet wegen irgendetwas, dass es einfach mal Phasen gibt, wo einfach Ruhe ist.“ (TN5, Zeile 292–295)

Erholung: Körperlicher Umgang und Sexualität

Der männliche Teilnehmer erwähnte explizit, dass seit dem Schlaganfall seiner Partnerin eine Veränderung im körperlichen Umgang und der Sexualität stattgefunden hat.

„Oder auch habe ich gestern gerade bemerkt, wenn wir zusammen unterwegs sind, also (Pause 2 s) unser Zusammensein hat sich schon verändert als das, sie kann zum Beispiel nicht mehr bei mir einhängen. Oder ich bei ihr, das bringt sie noch zu stark aus Gleichgewicht, also sie ist am Stock, braucht viel Platz, dann muss ich noch schauen, wo ich noch gehen kann, bin ich vorne oder hinten auf einem schmalen Weg. Und daneben braucht sie einfach ein gewisses Sicherheitsfeld. Also ja, das habe ich schon vermisst. Es hat sich schon verändert unser (Pause 1 s), die Art, wie wir zusammen sind. Das hat mich auch im Kino gestern, das ist jetzt sehr persönlich, sind wir im Kino gewesen, haben wir ‚Platzspitzbaby‘ geschaut. Wir unternehmen viel zusammen. Dann hat sie den rechten Arm um mich herumgelegt und das ist (Pause 1 s) das erste Mal gewesen, also weil sie, dass sie versucht hat,

den Arm, den rechten, der betroffen ist, um mich herumzubringen und mir den Arm, es hat mich unglaublich berührt.“ (TN1, Zeile 367–379)

„Aha, du bist halt doch sehr, äh, ja, du hast halt deine Bedürfnisse, deine Gefühle. Sexualität haben wir wieder einen Weg finden. Sind wir immer noch dabei. Wie leben wir unsere Liebe?“ (TN1, Zeile 421–424)

Freizeit

Alle Teilnehmer/innen mussten Handlungen im Bereich der Freizeit aufgeben, zum Beispiel Zweitageswanderungen, Malen, Joggen, Kino- und Theaterbesuche oder Motorradfahren.

„Und eben, dass wir nicht mehr spontan können sagen, wir machen jetzt, wir gehen oder welche Ferienreise machen wir. Weil wir haben so viel gemacht miteinander, wir sind Motorrad gefahren miteinander, wir sind tauchen gegangen miteinander und gerade das Tauchen ist natürlich etwas, das auf absoluter Vertrauensbasis beruht. Es ist natürlich alles so weg.“ (TN5, Zeile 414–419)

„Früher habe ich Zweitageswanderungen gemacht, Samstag, Sonntag. Und, aber jetzt habe ich gesagt, okay, ein Tag Vorsicht für ihn und Samstag oder Sonntag gehe ich wandern.“ (TN2, Zeile 82–85)

Zwei Teilnehmer/innen gaben an, dass sie weniger oft ihre Freunde/Freundinnen treffen können.

„Das sind diese Sachen mit Freundinnen. Weil, ich war auch so zweimal mit Freundinnen unterwegs, irgendwo sind wir reisen gegangen für drei Tage über das Wochenende. Aber jetzt irgendwie. Vorläufig sage ich immer wieder, geht es nicht.“ (TN3, Zeile 184–187)

Drei Teilnehmer/innen erwähnten, dass sie eine Art Meditation durchführten oder dies weiterhin tun. Eine andere Teilnehmerin ist religiös und findet Ruhe im Gebet.

„Es hat schwierige Situationen gegeben, und dann hat uns beiden das Meditieren geholfen, zur Ruhe zu kommen, wissen, wie komme ich zur Ruhe. Das Qigong hat mir immer sehr geholfen, wieder in meinen Körper hineinzukommen. Und einfach lernen, Grenzen zu setzen.“ (TN1, Zeilen 213–216)

„Ich habe sehr viel gebetet. Ich habe Gott gebeten, dass man einem armen Menschen, der alleine ist, dass man diesem hilft.“ (TN4, Zeilen 219–220)

„Ab und zu dazwischen habe ich auch Yoga auch gemacht und so Meditation, Joggen, so ein paar Sachen für mich unter der Woche.“ (TN3, Zeile 27–29)

Freizeit: Ferien

Zwei von fünf Personen gaben an, dass sie auf Ferien verzichten müssen. Die weiteren drei Teilnehmer/innen beschrieben eine Veränderung der Urlaubsart. Zwei Teilnehmer/innen hielten sich während ihrer Ferien in der Schweiz auf, das dritte Paar verbrachte einen organisierten Urlaub. Eine Teilnehmerin führte alleine längere Reisen durch; diese ist ihr jedoch nicht mehr möglich.

„Nein, er hat immer Lust, an einem Ort zu bleiben. Eine Woche, zwei Wochen nichts zu tun. Aber aus diesem Grund habe ich Tibet und Nepal alleine gemacht. Ähm, und das war kein Problem. Zum Beispiel machen wir einmal im Jahr Ferien zusammen am Strand und dann gehe ich nach Nepal. Aber jetzt geht das nicht, und zwei Wochen in Zypern, ich habe geweint, ich habe gesagt, ich sterbe hier. Es ist zu langweilig. Ich nehme eine Frau, die sich um dich kümmert, und ich reise wieder. Ich kann nicht mehr.“ (TN2, Zeile 115–121)

Freizeit: Autofahren

Vier Teilnehmer/innen fahren Auto und drei davon begleiten die Person nach einem Schlaganfall auf diesem Weg zu Therapien und Arztterminen. Diese Fahrten sind neu hinzugekommene Handlungen. Ein Teilnehmer lernte nach dem Schlaganfall der Partnerin Autofahren. Die fünfte Teilnehmerin bedauerte, dass sie nicht Auto fahren könne. Dadurch seien ihr keine kleineren Ausflüge möglich.

„Und dann im Januar habe ich begonnen, Fahrstunden zu nehmen.“ (TN1, Zeile 134–135)

„Dann natürlich fahre ich meinen Mann in die Rehaklinik oder Ärzte besuchen, Arzttermine.“ (TN3, Zeile 106–108)

„Ich hätte wollen, dass ich hätte mit dem Auto, dass wir das Auto hätten können behalten. Oder ja, ein kleineres Auto, und das wir hatten, war ein bisschen gross für mich.“ (TN4, Zeile 345–347)

Freizeit: Einschränkungen der Handlungsfreiheit

Alle Teilnehmer/innen erwähnten eine Einschränkung in der Flexibilität aufgrund ambulanter und/oder häuslicher Termine, der medizinischen Versorgung durch die Spitex oder der Organisation einer Betreuungsperson für den/die Partner/in nach dem Schlaganfall.

„Und was ist möglich, weil ich bin ja nicht völlig frei. Ich bin immer noch (Pause 2 s), also, mein Leben ist komplett anders als vorher. Das muss man schon sehen.“ (TN1, Zeile 477–479)

„Das ist alles anders. Ich kann nicht mehr spontan auf irgendetwas reagieren. Ich kann nicht sagen: Ah, es ist schön Wetter, ich gehe jetzt zwei Stunden Velofahren. Oder das wir sagen können: Was machen wir in zwei Monaten? Gehen wir auf eine Reise? Auf was hättest du Lust? Das ist natürlich alles weg. Und einfach das Angebundensein, und zwar 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche.“ (TN5, Zeile 34–39)

„Wenn wir am Morgen da fortfahren, dann müssen wir am Abend wieder zurück sein. Ich kann nicht irgendwo hingehen und dortbleiben und übernachten. Weil er muss an diesem Gerät angeschlossen sein. Weil um neun kommt die Spitex.“ (TN4, Zeile 353–356)

Selbstversorgung: Kochen und Einkaufen

Das Kochen und das Einkaufen werden von zwei der fünf Teilnehmer/innen als Paar durchgeführt. Beide Aufgaben waren vor dem Ereignis zwischen den Partner/innen aufgeteilt. Die weiteren drei Teilnehmer/innen übernehmen in ihrer Beziehung das Kochen und das Einkaufen komplett, da diese Handlungen bereits vor dem Schlaganfall zu ihrem Aufgabenbereich gehörten.

„Und wir kochen zusammen, mehr als vorher. Vorher hat entweder ich gekocht oder sie. Jetzt kochen wir zusammen. Weil ab und zu, das Rüsten geht noch nicht so gut für sie. Kochen machen wir zusammen.“ (TN1, Zeile 312–314)

„Also schwere Taschen tragen. Beim Einkaufen gehen wir zusammen mit dem Auto. Ähm, sie packt Sachen ein, wir teilen uns auf, aber die Sachen tragen, das kann sie nicht. Sie nimmt zwar manchmal schon auch eine Tasche in die linke Hand, auch um mich zu unterstützen. Aber von einer gewissen Schwere kann sie nicht.“ (TN1, Zeile 336–340)

„Oder wir waren zusammen einkaufen, zusammen kochen.“ (TN2, Zeile 45)

Eine vom Schlaganfall betroffene Person begleitete seine betreuende Partnerin jedoch vor dem Ereignis. Die Unterstützung erfolgt nun durch den Sohn oder die Tochter oder die Handlung wird alleine durchgeführt.

„Einkäufe natürlich auch. Ja. Das haben wir immer gemeinsam am Samstag gemacht. Und jetzt mache ich das alleine. Natürlich mit der Unterstützung von meinen Kindern.“ (TN3, Zeile 158–160)

Produktivität: Handwerklich-technische Handlungen

Alle Teilnehmer/innen mussten handwerklich-technische Handlungen übernehmen.

„Oder halt so Sachen wie Kindersitz montieren. Also da habe ich recht zulegen müssen, weil sie hat sehr viel gemacht, oder.“ (TN1, Zeile 340–342)

„Technische Probleme zu Hause kann er nicht alles alleine machen. Früher hat er alles machen. Ich musste auch den Strom auf der Terrasse reparieren, weil er kann nicht auf die Treppe hochlaufen.“ (TN2, Zeile 50–53)

„Oder auch technische Sache, mit der Teichpumpe, das muss ich jetzt einfach alles. Und muss darauf kommen.“ (TN5, Zeile 196–197)

Produktivität: Administrative Handlungen

Vier der Teilnehmerinnen übernehmen seit dem Vorfall ihres betroffenen Partners sämtliche administrativen Handlungen.

„Mein Mann hat ihn ausgebildet (lacht), in dem Sinn, die Buchhaltung zu führen für sich. Und dann hat er mir gezeigt. Weil er hat alle Einzahlungen online gemacht und für mich war das: Mein Gott, ein Elefant. Was für ein Problem. Und dann mit der Zeit hat sich das alles schnell erledigt.“ (TN3, Zeile 153–156)

„Und was mir jetzt auf dem Magen liegt ist die Steuererklärung. Also wir haben diese das letzte Jahr miteinander gemacht. Aber es ist nicht viel hängen geblieben.“ (TN5, Zeile 197–199)

Produktivität: Organisation und Koordination von Tagesstruktur und Terminen

Drei der fünf Teilnehmer/innen übernehmen die Organisation und Koordination von Tagesstruktur und Terminen. Dabei müssen Spitem, Arzttermine und/oder ambulante und/oder häusliche Therapien abgestimmt werden. Die Tagesstruktur wird durch die

betreuende Person vorgegeben. Zwei Teilnehmer/innen erklärten, dass sämtliche komplexere Entscheidungen in Bezug auf die Wohn- und auf die finanzielle Situation alleine getroffen werden müssen.

„Und einfach wirklich alle Termine immer so einzufädeln, dass es immer gut aneinander vorbeigeht, dass er trotzdem Zeit für eine Ruhepause hat. Das ist halt alles, ich bin wirklich für alles zuständig. Auch dass er angezogen ist und bereit, wenn jemand kommt.“ (TN5, Zeile 199–203)

„Ähm, also so, was grosse handwerkliche Sachen sind und dass ich allen Handwerker anrufen muss und Entscheidungen treffen, wo wir vorher miteinander getroffen haben. Wo ich jetzt einfach alleine muss.“ (TN5, Zeile 192–194)

„Ja, es ist wirklich alles, was mit dem Haus zusammenhängt, oder die Finanzen. Dass jetzt wirklich alles an mir liegt. Das ist so.“ (TN5, Zeile 210–211)

Produktivität: *Unterstützung im Bereich ‚Körperpflege‘*

Alle Teilnehmer/innen unterstützen oder unterstützten ihre/n Partner/in im Bereich der Körperpflege. Ein Teilnehmer half nur in den ersten Monaten im Anschluss an die Rückkehr nach Hause. In diesem Fall muss aktuell lediglich noch punktuell Unterstützung bei der Körperpflege geboten werden.

„Sie konnte den Duschstab noch nicht halten und die Dusche selbst eigentlich oder nur begrenzt. Dann habe ich sie eigentlich geduscht, zum Teil auch abgeseift und sie hat selber herauskommen können. Und dann habe ich ihre Haare geföhnt. Sie eingecremt mit Bodymilch.“ (TN1, Zeile 174–177)

„Oder Schuhe anziehen, Jacke anziehen, einfach, was mit dem Anziehen zu tun hat. Oder ähm, wenn er auf das WC muss, das kann er alles nicht alleine.“ (TN5, Zeile 217–219)

„Manchmal auch beim Anziehen. Ist schwer, mit einer Hand den Reissverschluss zu schliessen. Aber er macht es alleine, fast alleine mit Anziehen.“ (TN2, Zeile 53–55)

4.4.2 Veränderung der Handlungsrollen

Nachfolgend werden alle Handlungsrollen aufgegriffen, welche in der Rollencheckliste gegliedert sind, ausser diejenige des/r Schülers/Schülerin. Letztere wurde weder in der Rollencheckliste von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen angegeben noch im Interview genannt. Aus diesem Grund ist diese Handlungsrolle nach Meinung der Autorin für die vorliegende Arbeit zu vernachlässigen.

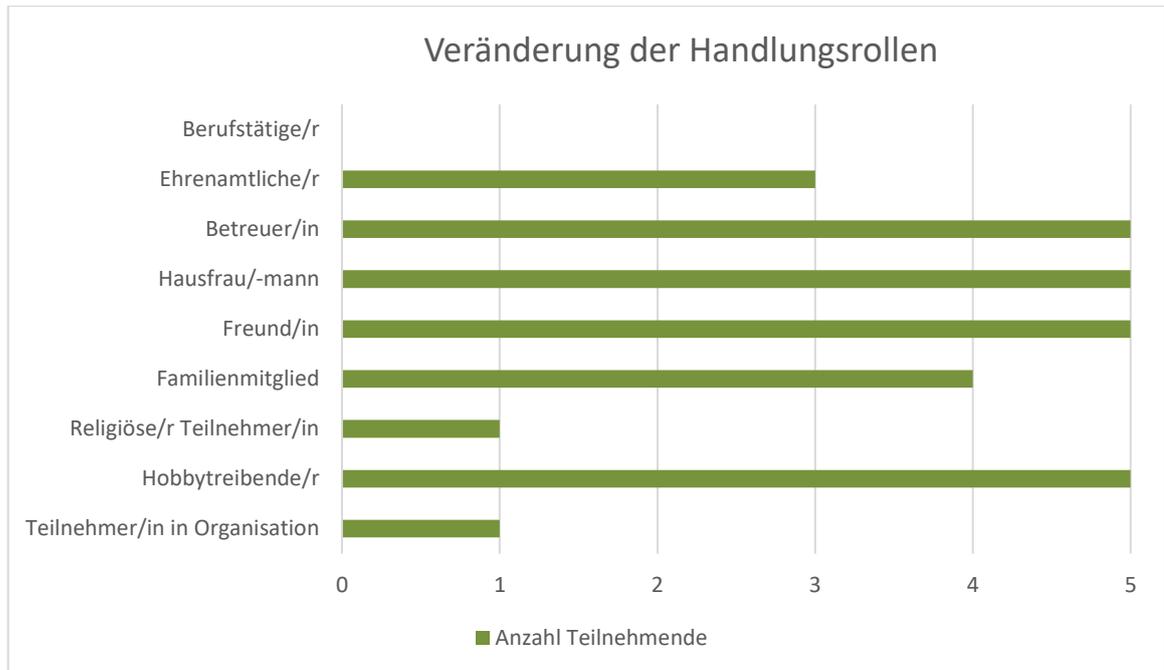


Abbildung 2: Veränderung der Handlungsrollen

Berufstätige/r

Eine Teilnehmerin führt ihre Handlungsrolle als Berufstätige wie vor dem Ereignis weiter aus. Die anderen vier Teilnehmer/innen sind bereits pensioniert oder gingen auch zuvor keiner bezahlten Arbeit nach. Eine Teilnehmerin wünscht sich, zukünftig die Handlungsrolle als Berufstätige aufzunehmen.

„Aber vielleicht mit der Zeit, wenn sich die ganze Situation mit meinem Mann stabilisiert und normalisiert. Ich denke, jemand muss arbeiten. Und dann werde ich das machen.“ (TN3, Zeile 326–328)

Ehrenamtliche/r

Zwei Teilnehmer/innen mussten die Handlungsrolle als Ehrenamtliche/r aufgeben, wünschen sich aber, diese zukünftig wieder aufnehmen zu können. Eine Teilnehmerin erfüllt die Handlungsrolle als Ehrenamtliche neu.

„Ich gehe auch für Volontäre zu arbeiten und das gefällt mir sehr.“ (TN2, Zeile 186–187)

I: „Gibt es gewisse Sachen, die Sie seit dem Ereignis nicht mehr machen können, die Sie gerne wieder machen würden?“

IP: „Ja, natürlich, das sind diese Sachen wie Ferien, auch Treffen mit Freundinnen. Damals war ich in der Siedlung auch sehr aktiv. Da war ich in der Siedlungskommission. Dann hat man auch immer Treffen mit Frauen, mit Kindern, mit der Familie gemacht.“ (TN3, Zeile 175–180)

Betreuer/in

Bei allen fünf Teilnehmern/Teilnehmerinnen kam die Handlungsrolle des/r Betreuers/Betreuerin neu hinzu. Drei darunter beschrieben diese als intensiv. Dies geht mit dem Schweregrad der Betroffenheit der Person nach Schlaganfall einher.

Hausmann/-frau

Alle fünf Teilnehmer/innen definierten die Handlungsrolle des/r Hausmanns/-frau als intensiviert, da sich entweder zusätzliche Aufgaben ergaben oder der/die betreuende Partner/in in diese involviert ist.

„Und zwischendurch einfach waschen, putzen, waschen, putzen ohne Ende. Das ist also schon, das habe ich unterschätzt. Ganz klar.“ (TN5, Zeile 59–60)

Freund/in

Drei der Teilnehmer/innen beschrieben eine Veränderung der Handlungsrolle als Freund/in. Dabei können sie diese weniger intensiv erfüllen. Eine Teilnehmerin musste die Handlungsrolle aufgeben, wünscht sich diese aber zukünftig wieder aufzunehmen.

„Nein, eigentlich bin ich eben gerne unter Leuten. Aber im Moment ertrage ich es gar nicht.“ (TN5, Zeile 370–371)

Eine weitere Teilnehmerin beschreibt die Handlungsrolle als Freundin aufgrund der neuen Bekanntschaften durch die Kirchengemeinde intensiver.

Zwei Personen beschrieben eine Festigung der Handlungsrolle als Nachbar/in. Eine weitere Teilnehmerin kann diese weniger erfüllen als vor dem Ereignis.

„Und vom Haus ist ein Abwart, der ist jetzt pensioniert worden, und der geht mit ihm seit ganz am Anfang, also ziemlich am Anfang, geht er mit ihm jede Woche einmal mit dem Auto. Der Rollstuhl kommt hinten ins Auto, und geht mit ihm mit dem Auto ins Oberland oder so, und gehen spazieren.“ (TN4, Zeile 183–187)

„[...] Wenn eine Nachbarin fragt wegen Kaffee oder so, dann geht es nicht, weil mein Mann ist alleine zu Hause, also wir sind beide alleine zu Hause.“ (TN3, Zeile 190–192)

Familienmitglied

Bei drei Teilnehmern/Teilnehmerinnen hat sich die Handlungsrolle des Familienmitglieds nicht verändert. Ein Teilnehmer erklärte eine Intensivierung dieser aufgrund der neu gewonnenen Handlungsrolle als Grossvater. Eine Teilnehmerin beschrieb eine Einschränkung der Handlungsrolle als Familienmitglied wegen der reduzierten Anteilnahme durch die Tochter und den Sohn. Sie wünscht sich, diese Funktion wieder mehr ausleben zu können.

„[...] Und dann ist der kleine Enkel auf die Welt gekommen, auch Ende Januar, also bevor sie nach Hause gekommen ist. Den haben wir auch gehütet, ziemlich schnell, ja, nein, eigentlich seit vielleicht drei Monaten jeden Mittwoch.“ (TN1, Zeile 188–191)

Für vier der Teilnehmer/innen hat sich die Handlungsrolle als Partner/in gewandelt.

„Die Rolle, wir haben gewusst von Anfang an, dass wenn ich mich nur noch als Helfer verstehe, dass ist der Fall, das ist ein Liebestöter, also was, wie definiere ich meine Rolle? Ich habe immer gesagt: Ich bin, eigentlich möchte dein Begleiter sein, nicht nur, nur dein Helfer.“ (TN1, Zeile 423–426)

„Da hat sich alles verändert, da ist nichts mehr wie vorher, wirklich nichts mehr. Ausser das Reden miteinander und ab und zu etwas machen miteinander. Aber das ist natürlich nicht mehr die Beziehung wie vorher.“ (TN5, Zeile 390–392)

Religiöse/r Teilnehmer/in

Nur eine Teilnehmende äusserte, eine Intensivierung in der Handlungsrolle als religiöse Teilnehmerin zu erleben. Die weiteren Personen nahmen diese Handlungsrolle auch vor dem Ereignis nicht wahr.

„Ja, wo ich habe können fragen. Von der Kirche.“ (TN4, Zeile 122)

„Dann hat es geheissen: Doch, da muss man einen Beitrag von hundert Franken zahlen, dass man Mitglied ist. Und dann habe ich das gemacht. Und das ist dann, das brauchen wir jetzt auch noch vielfach.“ (TN4, Zeile 125–127)

Hobbytreibende/r

Alle fünf Teilnehmer/innen wünschen sich, die Handlungsrolle als Hobbytreibende/r zukünftig wieder verstärkt wahrzunehmen. Drei Teilnehmer/innen mussten Teile dieser aufgeben. Weiter können alle fünf Teilnehmer/innen die Handlungsrolle reduziert wahrnehmen. Sie erwähnten eine Veränderung.

Teilnehmer/in in Organisation

Ein Teilnehmer beschrieb das Ausfüllen der Handlungsrolle als Teilnehmer in einer Organisation. Die Partizipation in der Meditationsgemeinschaft konnte stetig fortgeführt werden. Die anderen Teilnehmenden griffen diese Handlungsrolle nicht auf.

„Diese Gemeinschaft war ganz wichtig gewesen. Diese Meditationsgemeinschaft auch.“ (TN1, Zeile 527–528)

4.4.3 Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen

Nachfolgend werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen präsentiert. Diese werden in soziale und physische Umweltressourcen sowie person- und handlungsbezogene Ressourcen gegliedert.

Soziale Umweltressourcen

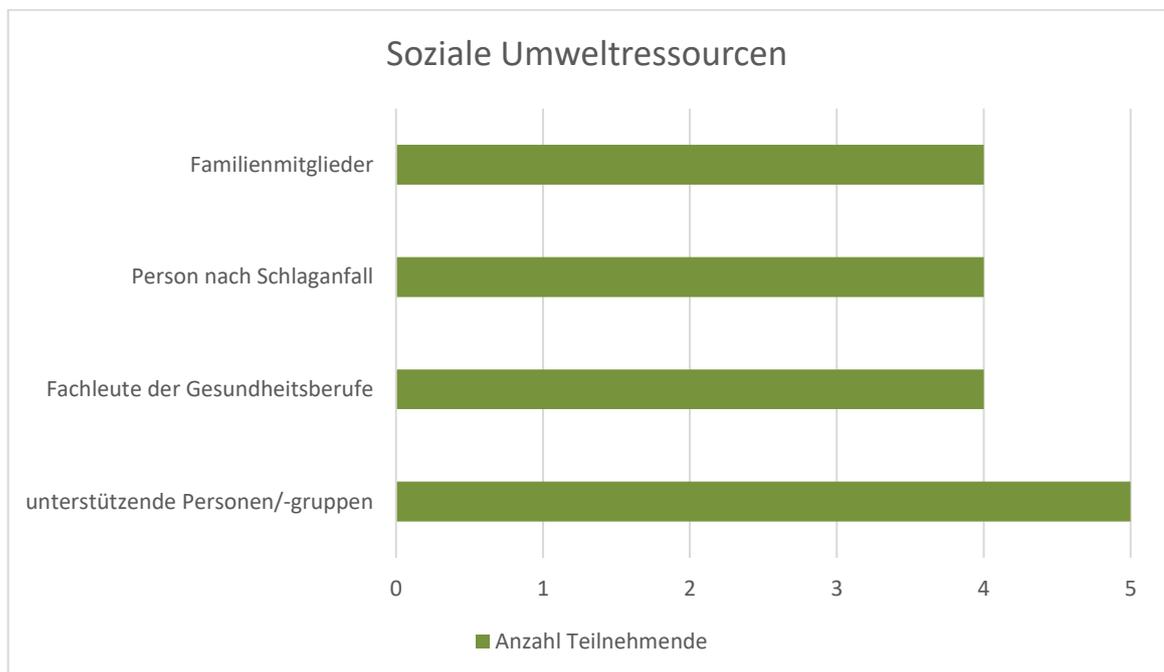


Abbildung 3: Soziale Umweltressourcen

Familienmitglieder

Bei vier Teilnehmern/Teilnehmerinnen ist mindestens ein nahes Familienmitglied eine soziale Umweltressource. Dieses übernimmt Fahrdienste oder administrative Aufgaben oder nimmt an der Situation Anteil und unterstützt den/die betreuende/n Partner/in emotional.

„Ich versuche das auszubalancieren, wenn die Kinder frei haben, wenn sie zu Hause sind. Die kommen sehr gerne entgegen. Wenn die da sind, gehe ich vielleicht zu meiner Kollegin, die ich sehr gerne habe. Oder treffen uns irgendwo zum Abendessen.“ (TN3, Zeile 196–199)

Die Person nach Schlaganfall

Vier Teilnehmer/innen beschrieben, dass die vom Schlaganfall betroffene Person unterstützend wirke, einerseits durch das Verhalten sowie durch Einstellung, Motivation und Zuversicht. Andererseits sind die sichtbaren Fortschritte und die bereits erzielten Fähigkeiten zur Orchestrierung der Handlungsrollen hilfreich.

„Natürlich, er ist eine Kämpfernaut. Ein Kämpfer von Natur. Und das tut gut. Das tut uns allen gut.“ (TN3, Zeile 67–68)

„Genau, also dass er nie hässig, oder wenn ich rufe, ich komme gleich, dann wartet er einfach und ist dann nicht giftig oder so, überhaupt nicht. Und eben, er hat einfach ein lustiger Humor und der hat er immer noch. Und heute sieht man es ihm eben an, er hat so den Schalk in den Augen und dann weiss ich: Jetzt brütet er irgendetwas aus. Das hilft schon ungemein, ja.“ (TN5, Zeile 306–310)

Fachleute der Gesundheitsberufe

Vier Teilnehmer/innen schilderten, dass ihnen Fachleute der Gesundheitsberufe halfen oder weiterhin helfen, ihre Handlungsrollen zu orchestrieren. Sie beschrieben ihre eigene Integration in den neurologischen Rehabilitationsprozess im stationären Setting als wertvoll, um sich Wissen im Umgang mit der Person nach einem Schlaganfall anzueignen sowie durch die offene und transparente Kommunikation die Situation besser abschätzen zu können. Drei dieser vier Teilnehmer/innen erwähnten auch, dass sie von Fachleuten der

Gesundheitsberufe im stationären und/oder im ambulanten Umfeld auf ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden angesprochen wurden. Dies bewerteten sie als positiv.

„Also dort ist Frau J., die Chefärztin. Alle die, alle Therapeuten, vor allem auch die Ergotherapeuten, wo mich dort oben, auch dort einer, der K., immer wieder gefragt, wie geht es Ihnen, wie geht es dir.“ (TN1, Zeile 95–97)

„[...] Manchmal Mühe gehabt habe, oder sie loszulassen, hat dann mir Frau Y. mal gesagt: Sie müssen für sich sorgen, wir sorgen für Sophie, Ihre Frau. Das machen wir, oder (Pause 1 s). Natürlich stimmt das nur zum Teil, aber sie wollte auch sagen: Lassen Sie sie jetzt los. Schauen Sie, dass Sie in dieser Zeit, wo Sie hier warten, etwas für sich tun.“ (TN1, Zeile 236–240)

Die zwei Teilnehmer/innen, bei denen der/die Partner/in nach dem Schlaganfall häusliche Therapien nutzt, beschrieben diese als unterstützend.

Lediglich eine Teilnehmerin nimmt einmal pro Woche einen Entlastungsdienst für betreuende Angehörige in Anspruch. Eine weitere Teilnehmerin plant deren Gebrauch.

„Ich habe den ganzen Prozess jeden Tag gesehen, die Entwicklung jeden Tag und bin bei den Therapien dabei gewesen. Und mir einfach sagen lassen: Was kann ich noch machen? Und sie haben mir gesagt, warum sie das machen und das andere nicht. Und das hilft, also. Das hilft ungemein. Und so kommt man dann wirklich in diese Rolle hinein. Also das hat wirklich geholfen.“ (TN5, Zeile 433–430)

Unterstützende Personen/-gruppen

Alle fünf Teilnehmer/innen beschrieben in irgendeiner Form unterstützende Personen oder Personengruppen, die nicht der Familie oder einer Profession im Gesundheitswesen angehören. Diese sind Nachbarn/Nachbarinnen und Freunde/Freundinnen, die Fahrdienste übernehmen, bei handwerklichen Handlungen helfen oder durch ihre Anwesenheit für Ablenkung und Austausch sorgen.

Zwei Teilnehmende engagierten nach dem Ereignis eine Hilfskraft wie eine/n Gärtner/in oder ein/e Raumpfleger/in.

Eine Teilnehmerin nannte ihre Arbeitskollegen/-kolleginnen sowie Vorgesetzte aufgrund ihrer hohen Flexibilität bezüglich der Arbeitszeit und der wertvollen Ratschläge als relevante Ressource.

Drei Teilnehmer/innen erwähnten, dass sie bei der Orchestrierung der Handlungsrollen durch Personen und/oder Personengruppen im Bereich der Freizeit Unterstützung erfahren. Diese sind zum Beispiel Kirchengemeinschaft, Meditationsgemeinschaft, Wandergruppe, aber auch Bekanntschaften aus der ehrenamtlichen Arbeit.

„Also das Meditieren, Kontakte mit wichtigen Lehrern von uns. Den hat sie drei Mal besucht. Die haben immer nachgefragt. Diese Gemeinschaft war ganz wichtig gewesen. Diese Meditationsgemeinschaft auch.“ (TN1, Zeile 525–528)

Physische Umweltressourcen

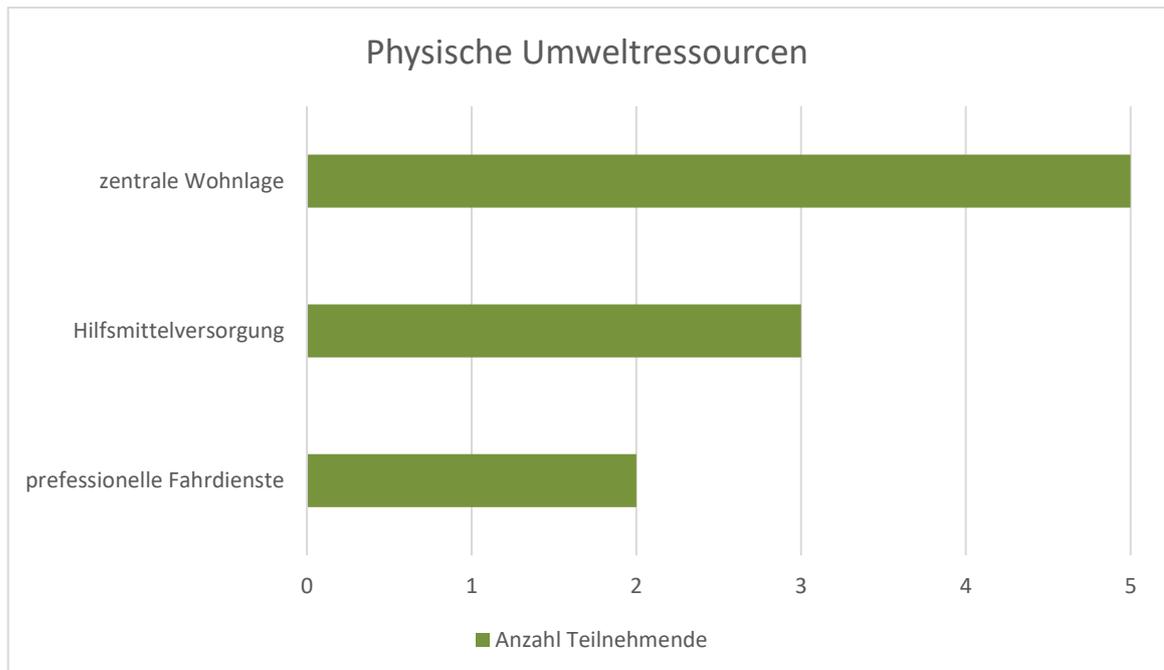


Abbildung 4: Physische Umweltressourcen

Zentrale Wohnlage

Alle fünf Teilnehmer/innen leben städtisch oder in der Agglomeration. Die Wohnorte sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen und Einkaufsmöglichkeiten sind nahe gelegen.

„Wir haben gerade da vorne eine Bushaltestelle und der Arzt haben wir am Bahnhof in F. Und dann können wir da auf den Bus und das geht also gut.“ (TN5, Zeile 460–462)

Hilfsmittelversorgung

Drei der teilnehmenden erwähnten, dass sie Hilfsmittel wie Treppenlift, Alarmsysteme, Pflegebett, Rollstuhl und Badewannenbrett in der Orchestrierung ihrer Handlungsrollen als unterstützend erachten. Diese wurden teilweise durch Fachleute der Gesundheitsberufe, durch Elektrohändler/innen und/oder durch den/die betreuende/n Partner/in persönlich organisiert.

„Das ist so ein Elektrogrosshändler. Und also, grossartig beraten. Wir haben das Gerät zweckentfremdet, aber es funktioniert. Ist gut.“ (TN5, Zeile 147–148)

Professionelle Fahrdienste

Ein Teilnehmer nahm zu Beginn und eine Teilnehmerin nimmt nach wie vor professionelle Fahrdienste in Anspruch.

Personenbezogene Ressourcen

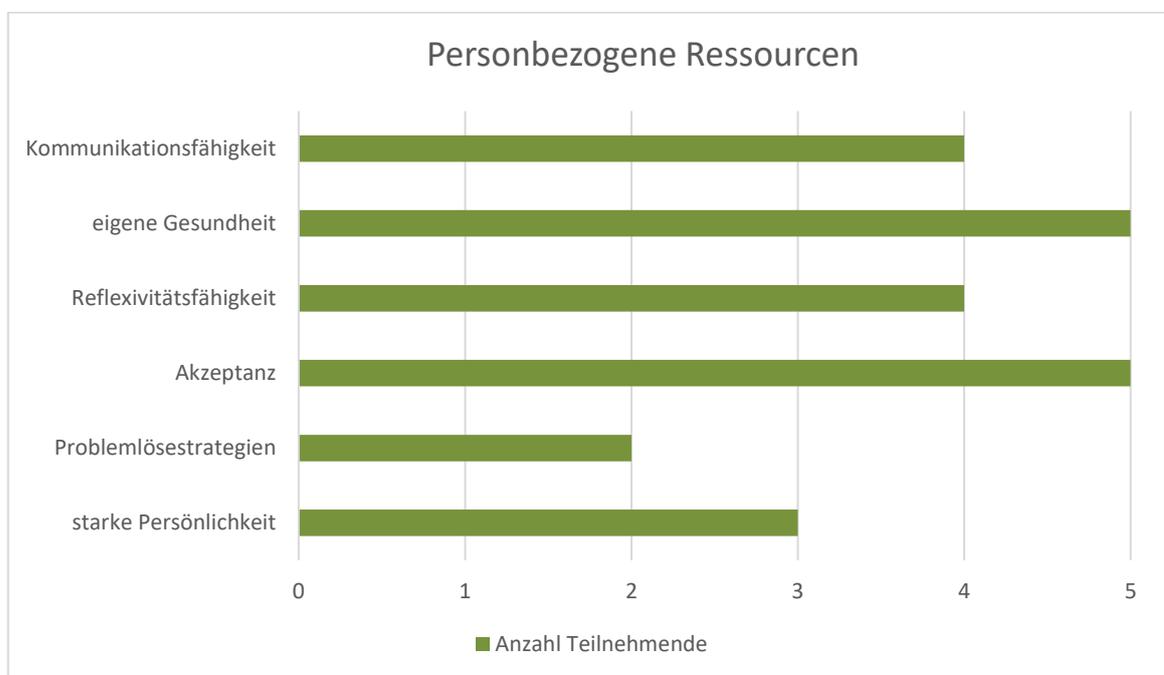


Abbildung 5: Personenbezogene Ressourcen

Kommunikationsfähigkeit

Vier Teilnehmer/innen benannten Ressourcen im Bereich der Kommunikation, indem sie ihre Bedürfnisse und Anliegen gegenüber der Person nach Schlaganfall und/oder gegenüber weiteren Personen ansprechen. Zudem greifen sie bei Bedarf auf Hilfe zurück.

„Also das ist ein Prozess und ich bin froh, kann ich das dann äussern, dann. Ich erzähle jetzt eigentlich nicht mehr so viel, weil ich auch nicht mehr so das Bedürfnis habe.“ (TN1, Zeile 397–399)

Eigene Gesundheit

Alle fünf Teilnehmer/innen selbst sind gesund.

Reflexivitätsfähigkeit

Vier Teilnehmer/innen weisen eine hohe Reflexivitätsfähigkeit auf und setzen sich persönlich mit der Situation auseinander. Daneben zeigten sie grosses Verständnis und Empathie für die Person nach einem Schlaganfall und ein hohes Mass an Selbstwahrnehmung.

„Das habe ich am Anfang immer wieder gemacht, zwischen diesen Zwetschgenbäumen gehen, oder, also hin- und hergehen. Die Bäume anschauen. Es gibt so viel Freude (Pause 2 s). Also selbst beim Kalten-grauen-Himmel-Betrachten füllt sich mein Herz mit Freude. Also das ist eine unglaubliche Quelle.“ (TN1, Zeile 578–582)

Hohe Akzeptanz gegenüber der Situation

Alle fünf Teilnehmer/innen zeigten eine umfassende Akzeptanz gegenüber der Situation und Dankbarkeit. Zudem erwähnten vier Personen eine hohe Zuversicht.

„Also jetzt, seine Situation ist so, wie sie ist, natürlich. Wir haben das alle akzeptiert und (tiefes Einatmen), äh, es ist okay. Dass er unter uns ist, das ist das Wichtigste.“ (TN3, Zeile 45–47)

Problemlösestrategien

Die Teilnehmerinnen 4 und 5 zeigten effiziente und kreative Problemlösestrategien.

„Ich habe erleben müssen, wie ist der Alltag. Wo brauchen wir wirklich etwas, das auch Sinn macht. Und das hat sich ganz gut bewährt, eigentlich. Und man wird noch kreativ (lacht).“ (TN5, Zeile 175–177)

Starke Persönlichkeit

Drei Teilnehmer/innen beschrieben sich als widerstandsfähige Person.

„Und der hat gesagt, ich sei psychisch sehr, sehr stark. Er habe nicht gerade jemanden erlebt, der psychisch so stark ist. Weil ich habe so richtig von einer Bergtanne, merke ich das. Also, äh, gefestigt.“ (TN4, Zeile 92–94)

Handlungsbezogene Ressourcen

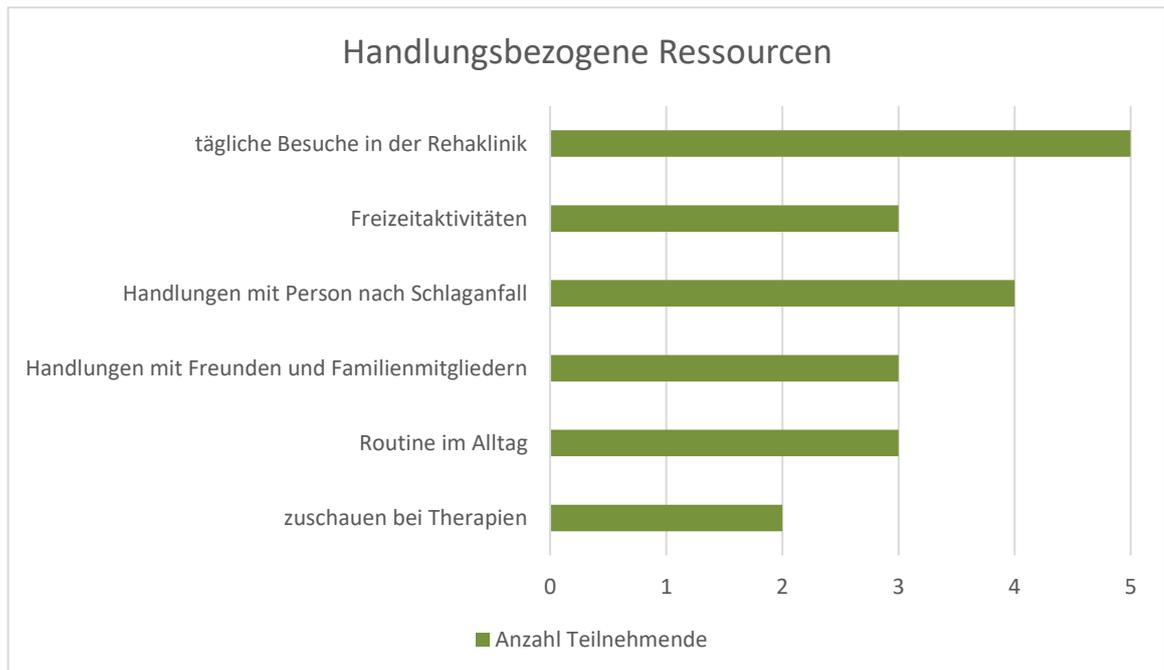


Abbildung 6: Handlungsbezogene Ressourcen

Tägliche Besuche in der neurologischen Rehabilitationsklinik

Alle Teilnehmer/innen erwähnten die täglichen Besuche in der Rehabilitationsklinik langfristig als grosse Unterstützung bei der Orchestrierung ihrer Handlungsrollen.

„Weil ich bin ihn jeden Tag, von Anfang an, auch im Spital, auch nachher in der Reha, jeden Tag besuchen gewesen.“ (TN4, Zeile 85–86)

Freizeitaktivitäten

Drei der Teilnehmer/innen äusserten, dass ihnen Freizeitaktivitäten wie Meditation, Wandern, Sport und/oder Beten geholfen hätten, ihre Handlungsrollen zu orchestrieren.

„Okay, wenn ich zu viel Stress habe, hilft mir die Meditation, Fitness. Ich habe Spass beim Fitness. Nicht so viel Erfolg mit Abnehmen, aber echt Spass.“ (TN2, Zeile 209–210)

Handlungen mit der Person nach Schlaganfall

Vier der Teilnehmer/innen schilderten, dass ihnen Handlungen mit der Person nach einem Schlaganfall und die Zeit zusammen guttäten. Diese Handlungen sind beispielsweise gemeinsames Kochen und/oder Essen, Fernsehen, Spaziergehen und Vorlesen der Zeitung und Diskutieren darüber.

„Dass man miteinander isst. Dass ich nicht alleine essen muss. Auch wenn er das herausgibt, ich bin nicht alleine. Es isst jemand mit mir. Ich kann ihm auch schöpfen. Ich kann ihm auch geben und er isst dann und ich auch. Wir können miteinander mit dem Wein anstossen und wir können miteinander, ja, das macht einem Freude und es macht einem auch Freude zu kochen.“ (TN4, Zeile 257–262)

Handlungen mit Freunden/Freundinnen und Familienmitgliedern

Zwei Teilnehmer/innen gaben an, dass Handlungen mit Freunden/Freundinnen und Familienmitgliedern unterstützend wirkten. Diese umfassen Gespräche, gemeinsames Essengehen und/oder zum Essen einladen.

„Im Moment ist vielleicht ab und zu auch zu Hause, weil ich habe so gerne Leute um mich und Freunde und Familie besonders. Ab und zu ist zu viel. Dann merke ich bei

meinem Mann, also, okay, heute geht es nicht. Dann muss ich das abwägen. Aber sonst ist wirklich der Freundeskreis.“ (TN3, Zeile 81–85)

Routine im Alltag

Drei Teilnehmer/innen legten dar, dass ihnen das Erreichen einer Routine im Alltag helfe, die Handlungsrollen zu orchestrieren.

„Und der Anfang ist ganz, ganz schwierig gewesen. Weil er nicht so gut zwäg gewesen ist, auch noch als er nach Hause gekommen ist. Und für mich natürlich völlig Neuland, oder. Und unterdessen hat es auch wie ein Alltag gegeben, so ein bisschen Routine, oder.“ (TN5, Zeile 41–44)

Zuschauen bei den häuslichen Therapien

Zwei Teilnehmer/innen beschrieben, dass das Zuschauen bei den häuslichen Therapien hilfreich sei. Dadurch könnten sie lernen und Wissen auf den Umgang im Alltag anwenden.

„Und vielmals bin ich bei den Therapien dabei. Weil ich mir erhoffe, ich erfahre noch etwas Neues, was ich machen könnte.“ (TN5, Zeile 50–51)

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die drei Forschungsfragen dieser Arbeit im Hinblick auf die Veränderung des Betätigungsprofils sowie der Handlungsrollen diskutiert. Berücksichtigt werden auch die Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen betreuender Partner/innen von Personen nach einem Schlaganfall. Dafür werden die gewonnenen Ergebnisse aus den drei Datenquellen, die aktuelle Literatur und die Praxiserfahrungen der Autorin in Verbindung gebracht.

5.1 Bewertung und Interpretation der Ergebnisse

Mit dieser Arbeit konnte die Situation der betreuenden Partner/innen vertieft dargestellt werden. Die erhobenen Daten ergaben differenzierte Hinweise auf die Veränderung des Betätigungsprofils, der Handlungsrollen und der vorhandenen Ressourcen. Im Rahmen der Ergotherapie sollen betreuende Partner/innen in Zukunft zielgerichteter zu diesen Themen in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

Laut Habermann und Arts (2009) wird die Identität durch die Handlungsrollen geformt, welche wiederum das Betätigungsverhalten bestimmt. Demzufolge ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die klare Trennung zwischen den Handlungsrollen sowie den Handlungen einer Person nicht möglich und sinnvoll ist – dies, da beide miteinander einhergehen.

5.1.1 Veränderung des Betätigungsprofils

Eine **Verschiebung der Handlungen in einzelnen Lebensbereichen** war bei allen Teilnehmern/Teilnehmerinnen dieser Studie zu verzeichnen. Dabei werden aufgrund der Betreuung einer Person nach einem Schlaganfall im häuslichen Umfeld vermehrt Handlungen im Bereich der Produktivität durchgeführt. Handlungen im Bereich der **Freizeit und Erholung**, zum Beispiel Freunde/Freundinnen treffen, Ausflüge machen oder Sport treiben, werden gezwungenermassen reduziert. Aber auch solche im häuslichen Umfeld wie das Lesen eines Buchs oder das Anschauen eines Films werden verringert. Die Teilnehmer/innen dieser Untersuchung beschrieben, dass Handlungen im Bereich der Freizeit und Erholung am häufigsten verzichtet werden müsse. Greenwood, Mackenzie, Cloud und Wilson (2009) bestätigten in ihrer Studie die Aussage, dass betreuende Partner/innen, durch die Betreuung im häuslichen Umfeld ständig mit der Person nach Schlaganfall zusammen sind und keine freie Zeit mehr haben. Die Teilnehmenden dieser

Studie erklärten dies, indem sie eine hohe Einschränkung der Flexibilität aufzeigten, wodurch ihre Handlungsfreiheit begrenzt sei.

Die Teilnehmer/innen der vorliegenden Untersuchung schilderten, dass sie im Bereich der **Produktivität** zusätzlich handwerklich-technische Handlungen übernehmen müssten. Diese umfassen Gartenarbeiten, das Zusammenbauen von Schränken oder das Wechseln einer Glühbirne. Nach Bischofberger et al. (2016) zitiert nach Wingefeld et al. (2011) gehören diese Handlungen zum Bereich des Lebensalltags, welcher den acht Tätigkeitsfeldern betreuender Partner/innen zuzuordnen ist. Weiter beschreiben diese Autorinnen und Autoren, dass die Organisation und Koordination eine übergeordnete Rolle spielen. Daher werden diese allen anderen Aufgaben vorangestellt. Drei der Teilnehmer/innen dieser Studie erläuterten, dass das Abstimmen von Terminen sowie Arztbesuchen und das Medikamentenmanagement seit dem Schlaganfall des/r Partners/Partnerin deutlich zugenommen hätten und komplett in ihrer Verantwortung lägen. Vier der Teilnehmer/innen haben administrative Aufgaben wie Rechnungen bezahlen, die Steuererklärung ausfüllen und/oder Versicherungen verwalten übernommen. Zu berücksichtigen sind die Erkenntnisse aus der Studie Greenwoods et al. (2009). Die Betreuung hat unterschiedliche Auswirkungen auf verschiedene Menschen und nicht alle zugehörigen Handlungen sind an sich belastend (Greenwood et al., 2009).

Die zu erbringende Unterstützung wird zukünftig nicht weniger werden. Jedoch wird die körperliche Leistungsfähigkeit durch die Alterung der betreuenden Partner/innen abnehmen (Frommelt & Lösslein, 2010). Daher ist zu diskutieren, dass Letztere die Person nach einem Schlaganfall seit höchstens einem Jahr im häuslichen Umfeld versorgen. Weiter war die älteste Teilnehmerin 67 Jahre alt. Die Gesundheit und die körperliche Leistungsfähigkeit der Teilnehmer/innen werden zukünftig abnehmen. Nach Erfahrung der Autorin ist es notwendig, diese personbezogenen Faktoren der betreuenden Partner/innen fortlaufend in der Ergotherapie zu berücksichtigen.

Die Alltagsaktivitäten aller Teilnehmer/innen dieser Studie sind vollständig aufeinander abgestimmt (van Nes, 2010), indem der/die betreuende Partner/in den Tagesablauf koordiniert und sich der Person nach Schlaganfall anpasst. Zwei der Teilnehmer/innen erwähnten, dass sie das Tempo dabei angleichen müssten, weil seit dem Schlaganfall ein langsamerer Ablauf stattfindet.

In ihrer Studie beschreibt van Nes (2010), dass ältere Ehepaare, bei denen eine Person auf Unterstützung angewiesen ist, als Ganzes betrachtet werden müssen, weil sie gemeinsam funktionieren. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur der Begriff der **Co-Occupation** verwendet. Deren Kern ist ihr interaktiver Charakter. Co-Occupation ist ein harmonisches Zusammenspiel zwischen den Handlungen eines Individuums und denen eines anderen. Dadurch werden die Handlungen beider Personen geprägt (Pierce, 2009; van Nes, Jonsson, Abma & Deeg, 2013). Dies legten die betreuenden Partner/innen der beiden motorisch und kognitiv weniger schwer betroffenen Personen nach dem Schlaganfall dar, weil sie gemeinsam einkaufen und kochen. Weitere Teilnehmer/innen führen eine Co-Occupation beim Essen, dem anfänglich gemeinsamen Duschen, dem Zeitung lesen, dem Fernsehen und dem gemeinsamen Spazieren aus.

Alle Teilnehmer/innen dieser Studie befinden sich in einem **Transitionsprozess**. Bereits seit dem Schlaganfall bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung passten sie sich der Situation laufend an und entwickelten sich persönlich weiter. Diese Transition wird als Durchlaufen einer Lebensphase, eines Zustands oder eines Status zu einer anderen beziehungsweise zu einem anderen definiert (Schlossberg, 2011; Turner, Fleming & Cornwall, 2008 zitiert nach Scalzo, Forwell und Suto, 2016). Dabei müssen sie sich ständig an die Fähigkeiten der Person nach einem Schlaganfall anpassen. Die Transition wird durch ein unerwartetes gesundheitsbezogenes Trauma ausgelöst und ist ein sich wiederholender Prozess, welcher es erfordert, die Lebensweise umzugestalten. Handlungen sind im Transitionsprozess ein bedeutungsvolles Mittel. Die jeweilige Person kann diese ausprobieren, sie bewerten und wieder adaptieren. Hierfür muss sie sich persönlich und im gesellschaftlichen Leben fortlaufend anpassen (Scalzo et al., 2016). Die Teilnehmer/innen unterstützen die Person nach Schlaganfall seit maximal einem Jahr nach Rückkehr ins häusliche Umfeld. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Transitionsprozess nicht abgeschlossen ist. Gemäss dem Angehörigenmodell Lezaks (1986) durchleben manche betreuende Partner/innen alle die von ihr vorgeschlagenen sechs Stadien. Einige überspringen Stadien, andere wiederum verweilen jahrelang im selben Stadium. Im ersten Stadium überwiegen die Freude der Angehörigen und die Erwartung an eine vollständige Wiederherstellung der Funktionen. Hier konzentriert sich die Person nach einem Schlaganfall auf sich selbst. Zu diesem Zeitpunkt sind sie und die Angehörigen nicht bereit, Hilfe anzunehmen. Letztere werden später ängstlich und sind besorgt. Daneben fühlen sie sich entmutigt, deprimiert und schuldig. In einem weiteren Stadium werden nur noch geringe Fortschritte von der Person

nach einem Schlaganfall erzielt und die Verzweiflung der Angehörigen nimmt zu. Anschliessend beginnen sie um den Verlust der ihnen vertrauten Person vor dem Schlaganfall zu trauern. Danach fassen sie wieder Mut und fangen an, sich neu zu organisieren (Lezak, 1986). Die Teilnehmer/innen dieser Studie befinden sich in unterschiedlichen Stadien. Es ist anzunehmen, dass dies auch vom Schweregrad der Betroffenheit der Person nach Schlaganfall ist. Demzufolge ist es essenziell, betreuende Partner/innen über den Zeitraum von einem Jahr nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld bezüglich der Veränderung der Handlungsrollen und ihres Betätigungsprofils in den Rehabilitationsprozess zu integrieren.

Die **Betätigungsbalance** wird als die individuelle Wahrnehmung vom angemessenen Mass an Handlungen und deren adäquaten Variation definiert (Eklund et al., 2017). Da alle Teilnehmer/innen dieser Studie das Bedürfnis einer Veränderung des Betätigungsprofils äusserten, scheint ihre Betätigungsbalance eingeschränkt zu sein. Veränderungswünsche wurden vor allem im Bereich der Freizeit genannt. Um diese zu evaluieren und dem Betätigungsungleichgewicht entgegenzuwirken, kann die Ergotherapie unterstützend wirken.

5.1.2 Veränderung der Handlungsrollen

Greenwood et al. (2009) betonen in ihrer Studie, dass sich die Beziehung und die Handlungsrollen des/r betreuenden Partners/Partnerin nach einem Schlaganfall des/der Ehemanns/-frau verändern. Alle Teilnehmer/innen dieser Studie beschrieben einen Wandel der Handlungsrollen seit der Rückkehr der Person nach Schlaganfall ins häusliche Setting. Gerade die **Handlungsrolle des/r Betreuers/der Betreuerin** kam neu hinzu und wird von drei Teilnehmer/innen als intensiv erlebt. In der Literatur wird dies als Rollenmanagement erklärt. Letzteres ist die Neuentwicklung eines zufriedenstellenden sowie bedeutungsvollen zukünftigen Lebens und der Umgang mit diesem durch alltägliche Aktivitäten und entsprechenden Handlungsrollen (Satink et al., 2016). Aufgrund dieser neuen Handlungsrolle des/r Betreuers/Betreuerin hat sich das menschliche Verhalten verändert und den betreuenden Partnern/Partnerinnen wurde eine andere Identität verschafft (Mentrup zitiert nach Marotzki et al., 2002).

Vier Teilnehmer/innen dieser Studie beschrieben die Veränderung der Handlungsrolle als Partner/in, erwähnten dabei aber keine Unzufriedenheit. McPherson, Wilson, Chyurlia und

Leclerc (2011) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass der **gegenseitige Austausch** zwischen den Ehepartnern/-partnerinnen wesentlich zur Beziehungszufriedenheit beiträgt. Dabei ist es essenziell, dass dieser nicht nur in eine Richtung von der Betreuungsperson zum/zur Pflegeempfänger/in reicht. Hinzu kommt, dass Erstere hierdurch positive Aspekte in ihrer Handlungsrolle erkennen kann. Ist der gegenseitige Austausch aufgrund einer Aphasie, kognitiver Defizite oder weiterer Einschränkungen reduziert, kann er ein Ziel im Rahmen der Ergotherapie sein.

Nach der Gleichgewichtstheorie ist das Individuum bestrebt, innerhalb seiner Beziehungen einen Ausgleich zwischen Nutzen (Hilfe und Unterstützung erhalten) und Beiträgen (Hilfe und Unterstützung geben) zu wahren (McPherson et al., 2011). In dieser Perspektive ist die **Ausgewogenheit in einer Beziehung** relevant, um die Zufriedenheit aufrechtzuerhalten (McPherson et al., 2011). McPherson et al. (2011) fanden in ihrer Studie heraus, dass das Wohlbefinden in der jetzigen Beziehung mit dem früheren Gleichgewicht vor dem Schlaganfall einhergeht und nicht mit dem der aktuellen Beziehung. Durch die Erzählungen der Teilnehmer/innen dieser Studie kann davon ausgegangen werden, dass die Ehepaare bereits vor dem Ereignis funktionierende Beziehungen führten. Dies ist jedoch nicht bei allen betreuenden Partnern/Partnerinnen der Fall.

5.1.3 Ressourcen zur Orchestrierung der Handlungsrollen

Greenwood et al. (2009) erwähnen unter anderem, dass der/die betreuende Partner/in entweder der vom Schlaganfall betroffenen Person oder der Familie im Allgemeinen näherkommt. Diese Veränderung beschrieben vier der Teilnehmer/innen in dieser Studie.

Vier Teilnehmer/innen erwähnten, dass das **Verhalten, die Einstellung und das Wohlbefinden** der Person nach einem Schlaganfall unterstützend wirke. Greenwood, Mackenzie, Cloud und Wilson (2008) nennen Faktoren, die Einfluss auf die Zufriedenheit des/r betreuenden Partners/Partnerin haben. Diese sind das emotionale Wohlbefinden und die Stimmung der Person nach einem Schlaganfall. Zu beachten ist, dass Folgen eines Schlaganfalls auch eine negative Verhaltensänderung mit sich bringen können, zum Beispiel aggressives Auftreten oder Distanzlosigkeit gegenüber anderen Menschen. Angehörige erleben solche Reaktionen dann als hohe Belastung und als Enttäuschung ihrer Bemühungen (Pössel & Kühne zitiert nach Frommelt & Lösslein, 2010).

Greenwood et al. (2009) legen in ihrem Review dar, dass zu den Herausforderungen und Bedürfnissen eine umfassende, jedoch **individuelle Informationsversorgung** und **Wissen im Umgang mit dem/der Partner/in** nach einem Schlaganfall zählen. Laut der Studie Gans und Schullers (2002) kann angenommen werden, dass Familienmitglieder oft besorgter sind als die betroffene Person selbst. Zwei der Teilnehmer/innen dieser Untersuchung sind aus Eigeninitiative bei den Therapien im häuslichen Setting anwesend, um sich Wissen im Umgang mit ihren Partnern/Partnerinnen anzueignen. Sie beschrieben dies als hilfreich. Die Ergo- und Physiotherapeuten/-therapeutinnen sollten demzufolge aktiv auf die betreuenden Partner/innen zugehen und diese in das ambulante oder häusliche Therapieumfeld integrieren. Laut Pössel und Kühne zitiert nach Frommelt & Lösslein (2010) ist der Informationsbedarf der Angehörigen oft grösser als vom Fachpersonal des Gesundheitswesens vermutet. Weiter legen sie nahe, dass dieses mit dem Einverständnis der Person nach einem Schlaganfall die Initiative zur Kontaktaufnahme ergreifen soll. Somit kann die Scheu der Angehörigen gegebenenfalls verringert werden, welche unsicher sind, in welchem Umfang ihre Anliegen Inhalt des neurologischen Rehabilitationsprozesses sein können. Ausserdem betonen Gan und Schuller (2002) in ihrer Studie die bedeutsame Rolle der **Familienmitglieder** im Rehabilitationsprozess, um während diesem eine gesundheitsfördernde Adaptation des/r Betroffenen zu gewährleisten. Laut Greenwood et al. (2009) sind einige Themen auch nach dem Vorfall weiterhin relevant. Diese sind zum Beispiel die Herausforderungen bei der körperlichen Versorgung der Person nach einem Schlaganfall, die Notwendigkeit von mehr Informationen sowie formelle und informelle Unterstützung.

Stolz, ein Gefühl der Fürsorge oder der Erfüllung und Zufriedenheit können durch die Betreuung ebenfalls ausgelöst werden. Zu den weiteren **positiven Aspekten** gehören die Erkenntnis des/r betreuenden Partners/Partnerin, was für sie im Leben bedeutsam ist, und die Freude, dem/r Betroffenen zu helfen (Greenwood et al., 2009). Teilnehmerin 3 beschrieb diese Erfahrung deutlich. Die weiteren Teilnehmer/innen dieser Studie erwähnten diese ebenfalls als Ressource.

Greenwood et al. (2008) berichten in ihrer Studie, dass die **körperliche Gesundheit** des/r betreuenden Partners/Partnerin mit der emotionalen zusammenhängt. Im Gegenzug kann sich eine schlechte Gesundheit negativ auf die emotionale Gesundheit auswirken. Alle Teilnehmer/innen der vorliegenden Studie waren körperlich gesund. Daraus ist abzuleiten,

dass sie hierdurch auf eine bessere **emotionale Verfassung** zurückgreifen können. Dies ist jedoch nicht bei allen Betreuungspersonen von Personen nach einem Schlaganfall der Fall. Werden bei der ergotherapeutischen Versorgung und Unterstützung Ersterer die Kompetenzen im Bereich der emotionalen Stabilität oder Traumabewältigung überschritten, nimmt der/die Ergotherapeut/in die Handlungsrolle ‚Vermittler/in‘ zur Weiterleitung an geeignete Fachpersonen ein.

Die Autorin dieser Studie schliesst aus der Datenanalyse, dass alle Teilnehmer/innen Einschränkungen in der Lebensqualität älterer Menschen laut van Leeuwen et al. (2019) aufweisen. Sie können jedoch auf **Ressourcen** zurückgreifen, welche eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität haben. In ihrer Studie beschreiben van Leeuwen et al. (2019), dass das Verhalten und die Anpassungsfähigkeit, das emotionale Wohlbefinden, die innere Reflexion und das Ausführen von Aktivitäten, die ein Gefühl von Wert, Freude und Engagement vermitteln, hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten. Gerade in diesen Bereichen zeigten die Teilnehmer/innen der vorliegenden Untersuchung ausgeprägte Ressourcen. Kritisch zu betrachten ist dabei das angewendete Sampling. Es kann davon ausgegangen werden, dass betreuende Partner/innen, welche sich bereit erklärten, an dieser Studie teilzunehmen, eine höhere Lebensqualität und grössere personbezogene Ressourcen aufweisen. Diese Annahme bestätigen Greenwood et al. (2008). Die am häufigsten genannten Faktoren, die einen wesentlichen Einfluss auf das emotionale Erleben der betreuenden Partner/innen haben, sind psychologische Merkmale wie Selbstwirksamkeit und Bewältigungsstrategien sowie Handhabbarkeit und Wertschätzung (Greenwood et al., 2008).

Laut Major, van Nes, Ramaekers, Engelbert und van der Schaaf (2019) ist es möglich, einen positiven Transitionsprozess im häuslichen Setting zu gestalten. Dies gelingt, wenn sich die betreuenden Partner/innen befähigt fühlen, die Situation zu Hause zu bewältigen, in der neurologischen Rehabilitationsklinik auf kompetentes und empathisches Fachpersonal stossen sowie auf familiäres Engagement zählen können. Weiter betonen Major et al. (2019), dass die **Integration der betreuenden Partner/innen in den Rehabilitationsprozess** hilfreich ist, damit sie verstehen, was sie erwarten wird – aber auch, um Vorbereitungen für die Rückkehr nach Hause zu treffen. Alle Teilnehmer/innen dieser Studie besuchten ihre Partner/innen nach dem Schlaganfall regelmässig in der Rehabilitationsklinik und vier darunter wurden aktiv in den Rehabilitationsprozess involviert.

Sie äusserten, dass eine Hilfsmittelversorgung in der stationären Neurorehabilitation stattgefunden habe. Die Betreuungspersonen der motorisch schwerer betroffenen Personen nach einem Schlaganfall wurden über den Umgang mit Letzteren instruiert.

5.2 Praxisempfehlungen

Aus der Diskussion sind folgende Hinweise zum Umgang mit betreuenden Partnern/Partnerinnen für die ergotherapeutische Praxis aus Sicht der Autorin abzuleiten:

- Involvierung betreuender Partner/innen und deren Familienmitglieder über den gesamten neurologischen Rehabilitationsprozess
- Ergreifen von Initiative einer Fachperson des Gesundheitswesens zur Kontaktaufnahme
- Verankerung der Kontaktaufnahmen im ergotherapeutischen Prozess
- Informationsvermittlung zum Krankheitsbild, zum Umgang mit der Person nach einem Schlaganfall sowie zu formellen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten
- Förderung von Ressourcen betreuender Partner/innen
- explizites Evaluieren des Betätigungsprofils und der Handlungsrollen betreuender Partnern/innen im Rahmen der Ergotherapie
- Weitervermittlung zu entsprechenden Fachpersonen bei ergotherapeutischer Kompetenzüberschreitung

5.3 Vorteile und Limitationen der Studie

Im Folgenden werden zunächst die Vorteile und dann die Limitationen dieser Studie erläutert. Durch die Limitationen ist eine Verzerrung der Ergebnisse möglich.

5.3.1 Vorteile der Studie

Multiperspektivität durch die Erhebungsinstrumente

Als positiver Aspekt dieser Studie ist die Kombination aus den drei Erhebungsinstrumenten, dem problemzentrierten Interview, dem Betätigungsprofil und der Rollencheckliste hervorzuheben. Dadurch konnten die Forschungsfragen aus mehreren Perspektiven beantwortet werden.

Insgesamt stellten sich die drei verschiedenen Erhebungsinstrumente zur Klärung der Forschungsfragen als geeignet heraus.

Vergleichbarkeit der Daten

Das problemzentrierte Interview stellte sich als Stärke dieser Untersuchung heraus, da sich die Teilnehmer/innen im Interview öffneten und diese sich durch einen individuellen Tiefgang auszeichneten. Aus diesem Grund weisen die Fallvignetten eine Vielfältigkeit sowie individuelle Inhalte und Aspekte auf. Demzufolge stellte sich jedoch die Vergleichbarkeit der Daten, die Datenanalyse sowie die Ergebnisdarstellung als Herausforderung heraus.

Rehabilitationshintergrund

Die fünf von einem Schlaganfall betroffenen Personen durchliefen ihre stationäre Rehabilitation in vier unterschiedlichen Neurorehabilitationskliniken. Der Kontakt zu den fünf Teilnehmern/Teilnehmerinnen wurde der Autorin dieser Arbeit mithilfe vier verschiedener Ergotherapeuten/-therapeutinnen vermittelt.

Weiter verbrachten die fünf Personen nach einem Schlaganfall dieser Untersuchung die stationären Rehabilitationsaufenthalte in vier verschiedenen Neurorehabilitationskliniken. Durch diese Variation der Neurorehabilitationskliniken und demzufolge behandelnden Ergotherapeuten/-therapeutinnen konnten die Ergebnisse mit einem breiten Blick gewonnen werden.

5.3.2 Limitation der Studie

Stichprobe

Die eingeschränkte Teilnehmeranzahl von fünf Personen sowie die regionale Stichprobe sind als Limitationen zu verzeichnen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe aus vier weiblichen und einer männlichen Person zusammengesetzt war. Zudem war kein/e Teilnehmer/in über 65. Dadurch konnten die Ergebnisse nicht durch Menschen im hohen Lebensalter beeinflusst werden. Demzufolge lassen sich nur für eine kleine Stichprobe Aussagen treffen und Hinweise geben.

Teilnehmende betreuende Partner/innen

Alle Teilnehmer/innen meldeten sich aus Eigeninitiative für die Partizipation in dieser Studie. Bei ihnen handelte es sich zudem um engagierte Individuen mit ausgeprägten personbezogenen Ressourcen.

Perspektivenwechsel Ergotherapeutin versus Forscherin

Über den gesamten Forschungsprozess hinweg war es für die Autorin eine Herausforderung, in der Handlungsrolle der Forscherin zu bleiben. Durch Reflexion und den Austausch mit Mitstudenten/-studentinnen wurde versucht, diesen Bias möglichst geringzuhalten. Jedoch ist zu hinterfragen, inwieweit Vorannahmen der Autorin sowie der berufliche und fachliche Hintergrund das Ergebnis dieser Arbeit beeinflussten.

Rollencheckliste

Die Rollencheckliste diente grundsätzlich als Gesprächsgrundlage, um mit dem/der Interviewpartner/in über die Handlungsrollen zu diskutieren (Kielhofner et al., 2016). Die Teilnehmer/innen füllten diese im Rahmen der Studie nach dem problemzentrierten Interview aus, ohne sich darüber mit der Autorin dieser Arbeit zu unterhalten. Hierdurch verlor die Rollencheckliste an Tiefe und somit Aussagekraft, da kein Gespräch spezifisch zu dieser geführt und sie lediglich ausgefüllt wurde. Dennoch erwies sich die Rollencheckliste zur Bekräftigung der Ergebnisse aus dem Interview und dem Betätigungsprofil als wertvoll.

Betätigungsprofil

Trotz klarer und einheitlicher schriftlicher Anleitung, wie die Wochenpläne zur Erhebung des Betätigungsprofils auszufüllen waren, wurden diese von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen unterschiedlich präzise bearbeitet. Aus diesem Grund entstanden abweichend aussagekräftige Fallvignetten, die wiederum grossen Einfluss auf die Ergebnisse hatten.

6 Fazit

In der Literatur wird vielfach auf die hohe Relevanz der Angehörigenarbeit im Bereich der Neurologie hingewiesen. Jedoch konnten keine konkreten Empfehlungen für die Umsetzung im Hinblick auf betreuende Partner/innen ausfindig gemacht werden. Weiter ist in der neurologischen Weiterversorgung keine gezielte Beratung bezüglich einer gesundheitsfördernden Rollenorchestrierung zu beobachten.

Die Ergotherapie ist häufig in die Weiterversorgung im ambulanten oder häuslichen Setting involviert. Sie beinhaltet die Kompetenz, den/die Klienten/Klientin in seinem/ihrer Kontext zu erfassen und eignet sich demzufolge für die Arbeit mit Betreuungspersonen von Personen nach Schlaganfall (Fisher, 2018).

Durch diese Untersuchung konnten Hinweise generiert werden, wie sich die Handlungsrollen sowie das Betätigungsprofil betreuender Partner/innen verändern und wie die Ergotherapie in diesem Wandlungsprozess eine gesundheitsfördernde Unterstützung sein kann. Es wurde die Notwendigkeit der Integration betreuender Partner/innen in Bezug auf die Neuerung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils aufgezeigt. Gleichzeitig wurden mögliche ergotherapeutische Interventionsmassnahmen im Bereich der Neurologie empfohlen. Hierbei kommen auch für die ergotherapeutische Praxis Befunderhebungsinstrumente, das Betätigungsprofil, die Rollencheckliste und das halbstrukturierte Interview in Frage. Weiter können die Ergebnisse in der stationären neurologischen Rehabilitation als Grundlage für eine Konzepterstellung zur Vorbereitung der betreuenden Partner/innen auf die Rückkehr der Person nach einem Schlaganfall dienen.

In Bezug auf Folgestudien ist es notwendig, die Forschungsfragen dieser Arbeit mit einer grösseren Stichprobe zu beantworten, um verallgemeinernde Aussagen treffen zu können.

7 Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

- Anderson, S., Keating, N. C. & Wilson, D. M. (2017). Staying married after stroke. A constructivist grounded theory qualitative study. *Topics in stroke rehabilitation*, 24 (7), 479-487.
- Arbeitskreis Modelle und Theorien (Hrsg.). (2004). *Occupational Performance Model (Australia). OPM; Darstellung der Theorie; Beispiele aus der Praxis* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Berry, M., Hutchings, W., Krogen, K., Ritchie, A., Swan, R., Young, E. et al. (2018). Assessing Needs for Couples Coping With Stroke. Role Balance, Relationship Satisfaction, and Quality of Life. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 72.
- Bischofberger, I., Kaspar, H., Leu, A., Otto, U., van Holten, K. & Wepf, H. (2016). Faktenblatt Angehörige von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Zürich. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, BAG, Bern. (unveröffentlicht).
- Bundesamt für Statistik e.V. (2017). *Informelle Hilfe*. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html>
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker. (2009). *Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige* (Balance-Ratgeber, 2. Aufl.). Bonn: BALANCE Buch + Medien Verl.
- Claudiana-DACHS e.V. (2005). *Ergotherapie - Was bietet sie heute und in Zukunft?* Verfügbar unter <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>
- Costa, U. M. (2014). *Sinnvolle Handlung als Gesundheit fördernder Wirkfaktor. Ergebnisse KRAH®-basierter Therapie für Kinder mit Schwierigkeiten in der Handlungsperformanz*. UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften: unveröffentlichte Dissertation.
- Costa, U. M., Pasqualoni, P. P. & Wetzelsberger, B. (2016). Betätigungsgerechtigkeit als Dimension gesundheitlicher Chancengerechtigkeit: Handlungswissenschaftliche Zugänge. *Forschungsforum der österreichischen Fachhochschulen*.

- DACHS e.V. (2020). *Kernbegriffe der Ergotherapie-Handlung*. Verfügbar unter <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), (Hrsg.). (2012). *Schlaganfall DEGAM-Leitlinie*.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (Hrsg.). (2020). *Schlaganfall S3-Leitlinie*. Berlin.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L.-K. et al. (2017). The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance. Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 24 (1), 41-56.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 107-115.
- Ergotherapie EVS - ASSET e.V. (2005). *Berufsprofil*. Verfügbar unter <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-de/berufsprofil/>
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM. Occupational therapy intervention process model : prozessmodell ergotherapeutischer Intervention : ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (2. überarbeitete Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, Bd. 55694, Originalausgabe, 9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fragilesuisse e.V. (2019). *Für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige*. Verfügbar unter <https://www.fragile.ch/>
- Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.). (2010). *Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Berlin: Springer.

- Gan, C. & Schuller, R. (2002). Family system outcome following acquired brain injury. Clinical and research perspectives. *Brain injury*, 16 (4), 311-322.
- Gosling, J. & Oddy, M. (1999). Rearranged marriages. Marital relationships after head injury. *Brain injury*, 13 (10), 785-796.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. & Wilson, N. (2010). Loss of autonomy, control and independence when caring. A qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. *Disability and rehabilitation*, 32 (2), 125-133.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C. & Wilson, N. (2008). Informal carers of stroke survivors-factors influencing carers. A systematic review of quantitative studies. *Disability and rehabilitation*, 30 (18), 1329-1349.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C. & Wilson, N. (2009). Informal primary carers of stroke survivors living at home-challenges, satisfactions and coping. A systematic review of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 31 (5), 337-351.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (10), 718-779.
- Habermann, C. & Arts, M. (Hrsg.). (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. 162 Tabellen (Ergotherapie-Lehrbuch, 2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Hage, J. & Powers, C. H. (1994). *Post-industrial lives. Roles and relationships in the 21st century* [4. Dr.]. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Hankey, G. J. (2017). Stroke. *The Lancet*, 389 (10069), 641-654.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. (2012) (Unveränd. Nachdr). Köln: DIMDI.
- Joswig, K. D. e.V. (2010). „Ressourcenorientierung“ – zum Begriffsverständnis für die Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* (6), 17-19.

- Jungbauer, J., Cramon, D. Y. von & Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt*, 74 (12), 1110-1117.
- Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrup, C. (2005). *Model of human occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis* (Ergotherapie - Reflexion und Analyse). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Langlotz, A. (2016). *Checklisten des Model of Human Occupation. Interessen-Checkliste (Interest Checklist) ; Rollen-Checkliste (Role Checklist) ; Aktivitäten-Protokoll (Activity Record) ; Fragebogen zur Betätigung (Occupational Questionnaire)* (2. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Larson, E. A. (2000). The Orchestration of Occupation: The Dance of Mothers. *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (3), 269-280.
- Le Grasse, M., van Hartingsveldt, M. & Kinébanian, A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie* (5. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Leathem, J., Heath, E. & Woolley, C. (1996). Relatives' perceptions of role change, social support and stress after traumatic brain injury. *Brain injury*, 10 (1), 27-38.
- Lezak, M. D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient. *Rehabilitation Psychology*, 39 (7), 592-598.
- Lezak, M. D. (1986). Psychological implications of traumatic brain damage for the patient's family. *Rehabilitation Psychology*, 31 (4), 241-250.
- Major, M. E., van Nes, F., Ramaekers, S., Engelbert, R. H. H. & van der Schaaf, M. (2019). Survivors of Critical Illness and Their Relatives. A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society*, 16 (11), 1405-1413.
- Marotzki, U., Jerosch-Herold, C. & Hack, B. M. (2002). *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Marotzki, U. & Reichel, K. (Hrsg.). (2018). *Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich, Prozesse und Kontexte in der ergotherapeutischen Praxis* (1. deutschsprachige Aufl.). Bern: Hogrefe.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L. & Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors. A cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 9, 29.

- Merriam Webster Dictionary. (2020). *Orchestration*. Verfügbar unter <https://www.merriam-webster.com/dictionary/orchestration>
- Oakley, F., Kielhofner, G. & Barris, R. (1985). An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 39 (3), 147-154.
- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. et al. (2019). Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsprojekts G01a des Förderprogramms Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020. *Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Bern*.
- Pierce, D. (2009). Co-occupation. The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16 (3), 203-207.
- Satink, T., Cup, E. H. C., Swart, B. J. M. de & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2018). The perspectives of spouses of stroke survivors on self-management - a focus group study. *Disability and rehabilitation*, 40 (2), 176-184.
- Satink, T., Josephsson, S., Zajec, J., Cup, E. H. C., Swart, B. J. M. de & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2016). Negotiating role management through everyday activities. Narratives in action of two stroke survivors and their spouses. *Disability and rehabilitation*, 38 (24), 2354-2364.
- Scalzo, K., Forwell, S. J. & Suto, M. J. (2016). An integrative review exploring transition following an unexpected health-related trauma. *Journal of Occupational Science*, 23 (4), 464-483.
- Schweizerische Gesellschaft für Neurologie e.V. (2019). *Ergotherapie*. Verfügbar unter <https://www.sgnr.ch/index.php/de/neuro/ergotherapie>
- Swissneuro e.V. (2019a). *Neurorehabilitation*. Verfügbar unter <https://www.swissneuro.ch/view/Content/epilepsie>
- Swissneuro e.V. (2019b). *Schlaganfall*. Verfügbar unter <https://www.swissneuro.ch/view/Content/schlaganfall>
- Taylor, R. R. (Ed.). (2017). *Kielhofner's model of human occupation. Theory and application* (Fifth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., Vet, H. C. W. de, Ket, J. C. F. et al. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS one*, 14 (3).
- Van Nes, F. (2010). Gemeinsam eins – Die Alltagsbetätigung eines älteren Ehepaars nach zerebrovaskulärem Insult. *ergoscience*, 5 (02), 74-77.
- Van Nes, F., Jonsson, H., Abma, T. & Deeg, D. (2013). Changing everyday activities of couples in late life. Converging and keeping up. *Journal of aging studies*, 27 (1), 82-91.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2011). *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit* (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 2). Hürth: CW Haarfeld.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum: qualitative Sozialforschung* (Vol. 1, No. 1, Art. 22).

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderung des Betätigungsprofils	57
Abbildung 2: Veränderung der Handlungsrollen	65
Abbildung 3: Soziale Umweltressourcen	69
Abbildung 4: Physische Umweltressourcen	72
Abbildung 5: Personenbezogene Ressourcen.....	73
Abbildung 6: Handlungsbezogene Ressourcen	75

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tätigkeitsfelder der betreuenden Angehörigen von Personen mit Unterstützungsbedarf	22
Tabelle 2: Subsysteme des Systems ‚Mensch‘ im Model of Human Occupation	24
Tabelle 3: Handlungsrollen der Rollencheckliste	26
Tabelle 4: Kategorienbaum der Datenanalyse.....	34
Tabelle 5: Darstellung der Teilnehmer/innen	38
Tabelle 6: Relevante Ergebnisse.....	51

7.4 Einladungsschreiben für die Teilnehmer/innen



Sehr geehrte Partnerinnen und Partner von betroffenen Personen nach Schlaganfall

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Ergotherapie und Handlungswissenschaften führe ich eine wissenschaftliche Studie durch und suche **betreuende Partnerinnen und Partner von betroffenen Personen nach Schlaganfall**, welche gemeinsam zu Hause leben. Die Rückkehr nach Hause der betroffenen Person nach Schlaganfall soll **mindestens drei Monate und höchstens ein Jahr** zurückliegen.

Titel der Studie

Forschungsarbeit zur Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall

Ziel der Studie: Mit dieser Studie möchte ich herausfinden, wie sich der Alltag und das Zusammenleben mit einer betroffenen Person nach Schlaganfall verändert und wie die Ergotherapie betreuende Partner/innen in diesem Veränderungsprozess unterstützen könnte.

Ablauf und Dauer der Studie: Vor dem Interviewtermin wird Ihnen ein vorstrukturierter Wochenplan zugesendet, den Sie während einer Woche mit durchgeführten Tätigkeiten ausfüllen. Der tägliche Aufwand dafür beträgt ca. 20 Minuten. Weiter wird für die Studie ein Einzelinterview, welches ca. 45 bis 90 Minuten dauert, durchgeführt. Im Anschluss erhalten Sie eine Checkliste zu ihren Handlungsrollen und einen kurzen Fragebogen zum Ausfüllen.

Über den **Durchführungsort** des Interviews dürfen Sie entscheiden. Möglichkeiten sind in den Räumlichkeiten der Klinik Lengg in Zürich, bei Ihnen zu Hause oder an einem anderen geeigneten Ort.

Falls sie an einer Studienteilnahme interessiert sind und oben genannte Kriterien auf Sie zutreffen, freue ich mich über Ihre Kontaktaufnahme. Ebenfalls stehe ich Ihnen für weitere Fragen und Informationen gerne zur Verfügung. Bitte melden Sie sich bis zum **22. Februar 2020**.

Herzlichen Dank

Stefanie Jenni
Tel. 079/270 46 61
E-Mail: stefanie.jenni@edu.fhg-tirol.ac.at

7.5 Informationsschreiben für die Teilnehmer/innen

Informationsschreiben für die Teilnahme an der qualitativen Studie „Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall“

Im Rahmen des Masterlehrgangs Ergotherapie und Handlungswissenschaften an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (fhg GmbH) ist zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science eine abschließende Forschungsarbeit (Studie) zu verfassen. Das Interesse meiner Studie gilt dem Erfassen der Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall.

Zweck der Studie

Diese Studie soll drei Fragen beantworten, die mit dem Alltag und dem Zusammenleben einer betreuenden Partnerin / eines betreuenden Partners mit einer betroffenen Person nach Schlaganfall zu tun haben:

1. Wie verändert sich die Tätigkeiten im Alltag von betreuenden Partnern/innen nach der Rückkehr ins häusliche Umfeld einer betroffenen Person nach erstmaligem Schlaganfall?
2. Welche Veränderung der Handlungsrollen beschreiben betreuende Partner/innen nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einer betroffenen Person nach erstmaligem Schlaganfall? Wie zeigen sich diese Rollenveränderungen?
3. Was hat betreuenden Partnern/innen geholfen nach der Rückkehr einer betroffenen Person nach Schlaganfall ins häusliche Umfeld mit der neuen Situation klar zu kommen?

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgt auf freiwilliger Basis durch Einzelinterviews, Ausfüllen eines Wochenplans und einer Rollenchecklist. Nach dem Interview werden die Teilnehmenden gebeten einen kurzen Fragebogen mit allgemeinen Daten (zum Beispiel Alter, Geschlecht usw.) auszufüllen.

Vor dem Interviewtermin wird Ihnen ein vorstrukturierten Wochenplan zugesendet, den sie während einer Woche mit durchgeführten Tätigkeiten ausfüllen. Der tägliche Aufwand dafür beträgt ca. 20 Minuten. Weiter wird für die Studie ein Einzelinterview, welches ca. 45 bis 90 Minuten dauert, durchgeführt. Im Anschluss erhalten sie eine Checkliste zu Ihren Handlungsrollen und einen kurzen Fragebogen zum Ausfüllen.

Über den Durchführungsort kann der Teilnehmende entscheiden. Die Interviews werden mithilfe eines elektronischen Diktiergerätes aufgenommen.

Nutzen und Risiken als Teilnehmenden

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie einen unmittelbaren gesundheitlichen, sozialen oder materiellen Nutzen ziehen werden. Möglicherweise werden die Ergebnisse dazu beitragen, dass künftig betreuende Partner/innen von Personen nach Schlaganfall gezielter in den ergotherapeutischen Prozess integriert werden. Die Studie wird nicht im Auftrag von Personen oder Institutionen durchgeführt.

Persönliche Risiken oder Nachteile durch die Teilnahme nehmen Sie nicht in Kauf. Alle erhobenen Daten unterliegen, wie nachfolgend beschrieben, dem Datenschutz und werden nicht an die behandelnden Personen Ihres betroffenen Partners oder an Ihren betroffenen Partner direkt weitergeleitet.

Weiterverwendung der gesammelten Daten und Datenschutz

Alle erhobenen Daten werden so niedergeschrieben, dass später keine Rückschlüsse gezogen werden können, was welche Person gesagt hat. Zu keinem Zeitpunkt, auch nicht in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, werden Sie namentlich genannt. Genannte Namen werden durch andere Bezeichnungen (Pseudonyme) ersetzt.

Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und weder elektronisch noch in Papierform Personen zugänglich gemacht, die nichts mit der Auswertung der Daten zu tun haben. Alle Personen, die die Daten auswerten, unterliegen der Schweigepflicht und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Alle erhobenen Daten werden auf einem Computer mit verschlüsselter, passwortgesicherter Festplatte gespeichert beziehungsweise gesperrt aufbewahrt.

Alle erhobenen Daten werden gelöscht, wenn sie nicht mehr gebraucht werden oder nicht aufbewahrt werden müssen. Bei den Tonbandaufzeichnungen der Interviews geschieht dies unmittelbar nach der Niederschrift. Die Niederschriften und deren Analyse müssen aus Gründen der wissenschaftlichen Nachvollziehbarkeit für zehn Jahre aufbewahrt werden. Die Langzeitaufbewahrung dieser Daten erfolgt auf einem verschlüsselten USB-Stick an der fhg GmbH in Innsbruck.

Nach dem Schweizer Recht und damit auch Schweizer Datenschutzrecht (DSG) haben Sie jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch, sofern dies die Erreichung des Forschungszweckes nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt. Weiters besteht das Recht auf Widerruf einer erteilten Einwilligung, wobei Daten, die bis zu diesem Zeitpunkt verarbeitet oder bereits anonymisiert wurden, in der Regel rechtskonform sind und nicht gelöscht werden müssen.

Kontaktaufnahme und Beantwortung weiterer Fragen:

Für weitere Fragen in Zusammenhang mit dieser Studie stehe ich Ihnen gerne zu Verfügung. Ich bin telefonisch oder per E-Mail zu erreichen.

Name: Stefanie Jenni
Telefon: 079 270 46 61
E-Mail: stefanie.jenni@gmail.com
Arbeitsort: Klinik Lengg

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall | 07.11.2019 | Version Nr. 1

Seite 2/4

7.6 Einwilligungserklärung für die Teilnehmer/innen

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich bereit, am Forschungsvorhaben „Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall“ teilzunehmen.

Eine Kopie der Information für Teilnehmer/innen und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ich habe diese gelesen und verstanden. Ich bin darüber hinaus ausführlich und in einer für mich verständlichen Art und Weise über das Forschungsvorhaben informiert und aufgeklärt worden. Offene Fragen wurden ausführlich mit mir erörtert, sodass ich derzeit keine offenen Fragen habe. Sollten sich Fragen ergeben, kann ich mich jederzeit an Frau Stefanie Jenni, Tel. +41 79 270 46 61, stefanie.jenni@gmail.com wenden. Ebenso wurde ich über die Möglichkeit informiert, dass ich bei offenen Fragen oder Beschwerden jederzeit auch Kontakt mit der Patientenstelle Zürich unter der Telefonnummer für Nichtmitglieder +41 900 104 123 / CHF 2.20 Min aufnehmen kann.

Mir wurde erklärt, dass das Forschungsvorhaben zu wissenschaftlichen Zwecken durchgeführt wird und nicht (*primär*) der Behandlung meiner Partnerin / meines Partners dient.

Ich wurde darüber informiert, dass alle meine Angaben vertraulich behandelt, erhobene Daten im Sinne rechtlicher Vorgaben zum Datenschutz Verwendung finden und Daten mit Personenbezug nur der Forscherin dieses Forschungsvorhabens zugänglich sind. Ich bin damit einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zu Forschungszwecken aufgezeichnet, in pseudonymer Form gespeichert bzw. wissenschaftlich ausgewertet und ohne Personenbezug, anonymisiert veröffentlicht werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine freiwillige Mitwirkung am Forschungsvorhaben auch nach Beginn (ggf.: bis zur anonymisierten Veröffentlichung der Daten) beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und eine Beendigung der Mitwirkung am Forschungsvorhaben sich in keiner Weise auf die Behandlung meiner Partnerin / meines Partners auswirken wird.

Ich wurde darüber informiert, dass ich im Hinblick auf personenbezogene Daten das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch habe, sofern dies die Erreichung des Forschungszweckes nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt. Weiters wurde ich darüber informiert, dass ich mich für allgemeine datenschutzrechtliche Fragen in Zusammenhang mit Forschung an die /den Datenschutzbeauftragte/n der Institution wenden kann. Ich wurde auch über das Recht informiert, eine Beschwerde an die Datenschutzbehörde zu richten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich aus freiem Willen für eine Teilnahme zu entscheiden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine freiwillige Zustimmung zur Teilnahme am Forschungsvorhaben „Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall“.

Ort, Datum

Name (BLOCKBUCHSTABEN) und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Name des verantwortlichen Untersuchers/Interviewers / der Untersucherin/Interviewerin

Ich wurde weiters darüber informiert, dass basierend auf den im Rahmen des Forschungsvorhabens erhobenen Daten möglicherweise ein weiteres Forschungsvorhaben durchgeführt wird.

- Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen eines Folgeprojekts erneut kontaktiert werde.
- Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass ich im Rahmen eines Folgeprojekts erneut kontaktiert werde.

Datum, Ort

Name (BLOCKBUCHSTABEN) und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen
Personen nach Schlaganfall | 07.11.2019 | Version Nr. 1

Seite 4/4

7.7 Kurzfragebogen zur Erhebung demographischer Daten

Kurzfragebogen für betreuende Partner/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall



1. Vor- und Nachname:

2. Alter:

3. Alter Ihrer Partnerin/ihrer Partners:

4. Wie viele Personen leben bei Ihnen im Haushalt?

5. Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Divers

6. Wohnort:

- Ländlich
- Städtisch

7. Welche Entlastungsdienste nehmen Sie in Anspruch? (Mehrfachnennung möglich)

- Spitex
- Haushalts- Putzhilfe
- Tagesklinik
- Fahrdienste oder Begleitdienste
- keine

8. Welche der folgenden Angebote nehmen Sie in Anspruch? (Mehrfachnennung möglich)

- Angehörigen-Gruppen / Selbsthilfe-Gruppen
- Psychologische Dienste
- Kurse, Vorträge oder Schulungen
- Sonstige
- keine

9. Von wem aus dem sozialen Umfeld erhalten Sie Unterstützung? (Mehrfachnennung möglich)

- Familienangehörige
- Freund/innen
- Nachbar/innen
- Sonstige.....
- Keine

Kurzfragebogen für betreuende Partner/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall | Stefanie Jenni | MSc in Ergotherapie und Handlungswissenschaften fh gesundheit | 17.11.2019

10. Welche Fachpersonen bezogen auf Ihre/n Partner/in sind in den ambulanten

Rehabilitationsprozess involviert? (Mehrfachnennung möglich)

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sozialberatung
- Psychotherapie
- Neuropsychologie
- Sonstige

Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an der Studie!

Kurzfragebogen für betreuende Partner/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall | Stefanie Jenni | MSc in Ergotherapie und Handlungswissenschaften fh gesundheit | 17.11.2019

7.8 Interviewleitfaden

Leitfragen (Erzählungsaufforderung)	Stichworte	Konkretisierungsfrage	Aufrechterhaltung- und Steuerungsfragen
<p>Frage 1: Vielen Dank für das Ausfüllen des Wochenplans. In welchen Bereichen des Wochenplans würden Sie etwas verändern? Was möchten sie beibehalten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betätigungsprofil • Veränderungswünsche • Ressourcen • Handlungsrollen 	<p>a. Was tun Sie alleine für sich? i. Wie wird dann in dieser Zeit ihr/e Partner/in betreut?</p> <p>b. Was machen Sie gemeinsam mit Ihrer/m Partner/in?</p> <p>c. In was unterstützen Sie ihre/n Partner/in? i. Inwiefern unterstützen Sie Ihren Partner?</p> <p>d. Was übernehmen Sie für Ihre/n Partner/in? i. Welche Aktivitäten davon fallen Ihnen leicht, welche schwer?</p> <p>e. Was tun Sie gerne und woran haben Sie Freude?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung „Können Sie das genauer erläutern?“ „Und dann?“ „Wie ging es danach weiter?“ „Gibt es dazu noch etwas zu sagen?“</p>
<p>Frage 2: Wenn Sie diesen Wochenplan betrachten, welche Dinge von vor dem Schlaganfall würden Sie gerne wieder tun und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betätigungsprofil • Veränderung • Verlust • Handlungsrollen 	<p>a. Mit wem haben Sie das getan? b. Warum können Sie diese nicht mehr tun? c. Was bräuchte es, damit Sie diese Dinge wieder tun könnten?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
<p>Frage 3: Was hat Ihnen in der Zeit nach Entlassung aus der Erstrehabilitation bis jetzt geholfen Ihren Alltag zu bewältigen und warum?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen • Soziales Umfeld • Formelle Hilfen 	<p>a. Was hilft Ihnen weiterhin? b. Was hätte Sie dabei zusätzlich unterstützt?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
<p>Frage 4: In welchen Bereichen würden Sie sich mehr Unterstützung wünschen?</p>		<p>a. Wie könnte eine entsprechende Unterstützung aussehen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
<p>Frage 5: Gibt es etwas, das Sie noch besprechen oder mitteilen möchten?</p>			<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>

7.9 Wochenplan zur Erhebung des Betätigungsprofils

Sehr geehrte Damen und Herren,



Wie telefonisch vereinbart, sende ich Ihnen im Vorfeld des Interviews den Wochenplan mit entsprechender Anleitung zum Ausfüllen zu.

Um Ihr Tun im Alltag, ergänzend zum Interview, im Rahmen dieser Studie möglichst gut verstehen zu können, bitte ich Sie den untenstehenden Wochenplan im Verlauf einer Woche folgendermaßen auszufüllen:

- Notieren Sie alles, was Sie tun, im entsprechenden Feld.
- Versuchen Sie, so genau wie möglich zu sein.
- Sie dürfen gerne mehrere Aktivitäten pro Feld notieren
- Notieren Sie die Uhrzeit der Aktivität

In einem weiteren Schritt nehmen Sie bitte die Farbstifte (Grün, Blau, Lila und Orange), zu der Sie die entsprechende Aktivität durchgeführt haben, zu Hand und färben die Aktivitäten folgendermassen ein:

- Grün:** Selbstversorgung (z.B. Duschen, Waschen, Anziehen, Essen, Trinken...)
- Blau:** Erholung (z.B. Schlaf, Ruhephasen...)
- Lila:** Freizeit (z.B. Hobbies und Interessen...)
- Orange:** Arbeit (z.B. bezahlte Arbeit, unbezahlte Arbeit, Unterstützung Ihrer betroffenen Partnerin / ihres betroffenen Partners, Haushaltsaktivitäten...)

Die farbliche Zuordnung dient lediglich der Kategorisierung in Lebensbereiche und trägt keine Bewertung mit sich. Dieser Wochenplan dient als Grundlage des Interviews.

Bei Fragen stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kontakt:

Stefanie Jenni
Oberwiesenstrasse 17
8500 Frauenfeld
Tel. 079 270 46 61

Beilagen:

Farbstifte in grün, orange und blau
Kugelschreiber

Wochenplan für betreuende Partner/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall							
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Morgen (5.00 bis 10.00)	Bsp: 6.00-7.00 Aufstehen, Morgenroutine				Bsp: 9.00-9.30 Zeitung lesen		
Vormittag (10.00 bis 12.00)			Bsp: 10.00-11.00 Einkaufen				
Mittag (12.00 bis 14.00)							
Nachmittag (14.00 bis 17.00)				Bsp: 14.00-14.20 Mittagsschlaf			
Abend (17.00 bis 23.00)							
Nacht (23.00 bis 5.00)							

7.10 Rollencheckliste Teil 1

19

Rollen-Checkliste Teil 1

Name _____ Alter _____ Datum _____

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand allein-stehend verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Rente ja nein

Es ist der Zweck dieser Checkliste, die wichtigsten Rollen in Ihrem Leben zu identifizieren. Sie besteht aus zwei Teilen und präsentiert zehn verschiedene Rollen, die jeweils definiert sind.

Kreuzen Sie jeweils an, ob Sie die Rolle in der Vergangenheit ausgeführt haben, gegenwärtig ausführen und/oder dies für die Zukunft planen. Sie können pro Rolle mehr als eine Spalte ankreuzen.

Rolle	Vergangen-heit	Gegenwart	Zukunft
Schüler/in bzw. Student/in Teilnahme an Bildungsangeboten auf Voll- oder Teilzeitbasis			
Berufstätige/r Bezahlte Vollzeit- oder Teilzeitstellung			
Ehrenamtliche/r Mindestens einmal wöchentlich einem Krankenhaus, einer Schule, einer politischen Initiative oder Ähnlichem Leistungen zur Verfügung stellen			
Betreuer/in Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung einer Person wie einem Kind, Partner, Verwandten oder Freund übernehmen			
Hausfrau/-mann Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung des Haushalts (wie Putzen oder Gartenarbeit) übernehmen			
Freund/in Mindestens einmal wöchentlich mit Freund/in Zeit zu verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen			
Familienmitglied Mindestens einmal wöchentlich mit einem Familienmitglied wie Kind, Partner, Elternteil oder Verwandten Zeit zu verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen			
Religiöse/r Teilnehmer/in Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme an Gruppen oder Aktivitäten, die mit der eigenen Religion in Verbindung stehen			
Hobbytreibende/r Mindestens einmal wöchentlich Ausübung eines Hobbys wie Nähen, Spielen eines Instrumentes, Basteln, Sport treiben, Theater besuchen, Teilnahme in einem Klub/Team			
Teilnehmer/in in Organisationen Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme in einer Organisation wie einer Frauen-/Männergruppe, Weight Watchers, Anonyme Alkoholiker, Alleinerziehendengruppe			
Sonstige			

Checklisten des Model of Human Occupation © Schulz-Kirchner Verlag, Idstein 2016 – Kopiervorlage nur zum eigenen Gebrauch

7.11 Rollencheckliste Teil 2

20

Rollen-Checkliste Teil 2

Dieselben Rollen wie in Teil 1 sind hier aufgelistet. Kreuzen Sie neben jeder Rolle die Spalte an, welche am ehesten den Wert (Wichtigkeit) wiedergibt, den Sie der Rolle beimessen. Geben Sie diese Information für jede Rolle ab, selbst wenn Sie diese nie ausgeübt haben und es auch für die Zukunft nicht planen.

Rolle	nicht wertvoll	ziemlich wertvoll	sehr wertvoll
Schüler/in bzw. Student/in Teilnahme an Bildungsangeboten auf Voll- o. Teilzeitbasis			
Berufstätige/r Bezahlte Vollzeit- oder Teilzeitstellung			
Ehrenamtliche/r Mindestens einmal wöchentlich einem Krankenhaus, einer Schule, einer politischen Initiative oder Ähnlichem Leistungen zur Verfügung stellen			
Betreuer/in Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung einer Person wie einem Kind, Partner, Verwandten oder Freund übernehmen			
Hausfrau/-mann Mindestens einmal wöchentlich Verantwortung für die Versorgung des Haushalts (wie Putzen oder Gartenarbeit) übernehmen			
Freund/in Mindestens einmal wöchentlich mit Freund/in Zeit zu verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen			
Familienmitglied Mindestens einmal wöchentlich mit einem Familienmitglied wie Kind, Partner, Elternteil oder Verwandten Zeit zu verbringen oder gemeinsam etwas unternehmen			
Religiöse/r Teilnehmer/in Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme an Gruppen oder Aktivitäten, die mit der eigenen Religion in Verbindung stehen			
Hobbytreibende/r Mindestens einmal wöchentlich Ausübung eines Hobbys wie Nähen, Spielen eines Instrumentes, Basteln, Sport treiben, Theater besuchen, Teilnahme in einem Klub/Team			
Teilnehmer/in in Organisationen Mindestens einmal wöchentlich Teilnahme in einer Organisation wie einer Frauen-/Männergruppe, Weight Watchers, Anonyme Alkoholiker, Alleinerziehendengruppe			
Sonstige			

Copyright 1981 und Überarbeitung 1984 Frances Oakley, Übersetzung Christiane Mentrup 2011

7.12 Verschwiegenheitserklärung

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen
nach Schlaganfall | 07.11.2019 | Stefanie Jenni

Verschwiegenheitserklärung

Verschwiegenheitserklärung von

(Vor- und Nachname von Projekt- bzw. StudienmitarbeiterInnen in BLOCKBUCHSTABEN)

in Bezug auf die folgende Studie

**„Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden
Partnern/innen von betroffenen Personen nach Schlaganfall“**

(voraussichtliche) Dauer der Studie: 01.10.2019 – 19.09.2020

Studienleitung: Stefanie Jenni
(im folgenden kurz „Studienleitung“ genannt)

Ich wurde am _____ (Datum) von der Studienleitung _____
(Name) darüber aufgeklärt, dass ich als Projekt-mitarbeiter/in der Verschwiegenheit unterliege und zu
deren Wahrung sowie zum Schutz des Datengeheimnisses verpflichtet bin.

Hiermit verpflichte ich mich daher ausdrücklich, während der Dauer der gegenständlichen Studie und
auch nach deren Beendigung keinerlei personenbezogene Daten oder persönliche Informationen über
die im Rahmen des Projekts befragten/untersuchten Personen ganz oder teilweise an Dritte weiter zu
geben. Mir ist bekannt, dass sich meine Verschwiegenheitspflicht nicht nur auf fremde Geheimnisse
erstreckt, sondern auch auf alle Tatsachen, die mir in Ausübung oder in Zusammenhang mit meiner
Tätigkeit anvertraut oder bekannt werden; insbesondere Namen, Anschriften und die persönlichen,
betrieblichen sowie wirtschaftlichen Angelegenheiten der an der Studie teilnehmenden Personen.
Meine Verschwiegenheitspflicht besteht grundsätzlich gegenüber jedermann, so auch gegenüber
Familienangehörigen, ArbeitskollegInnen – soweit diese nicht am Projekt beteiligt sind und eine
Mitteilung nicht aus dienstlichen Gründen erfolgt – und auch gegenüber Personen, die von der
betreffenden Tatsache bereits Kenntnis erlangt haben. Mir ist bekannt, dass Personen, die nicht mit
Aufgaben im Rahmen der Studie betraut sind, kein Einblick in jegliche Unterlagen und Korrespondenz
gewährt werden darf. Auch darf ich Unterlagen und Informationen ohne ausdrückliche Erlaubnis der
Projektleitung keinesfalls an mich nehmen – auch nicht in Abschrift oder Kopie – oder auf privaten
Medien speichern bzw. an Dritte herausgeben. Es ist mir untersagt, unbefugt personenbezogene Daten

Verschwiegenheitserklärung

Seite 1 von 2

Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von betroffenen Personen
nach Schlaganfall | 07.11.2019 | Stefanie Jenni

zu erheben, zu verarbeiten – das heißt: zu speichern, verändern, übermitteln, sperren, löschen – oder überhaupt zu nutzen. Mir ist bekannt, dass nur diejenigen Daten verarbeitet werden dürfen, die für die konkrete Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Verschwiegenheitspflicht und meine Pflicht, das Datengeheimnis zu wahren, auch nach Beendigung des Projekts fortbestehen. Sämtliche Unterlagen und evtl. davon angefertigte Kopien sowie gespeicherte Daten sind auf Aufforderung der Projektleitung, spätestens jedoch nach Ende der Studie dieser unverzüglich zurückzugeben. Jegliche Veröffentlichung oder sonstige Verwertung von Daten aus der Studie darf ausschließlich mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Projektleitung erfolgen.

Darüber hinaus wurde ich darüber aufgeklärt, dass eine Verletzung von Berufsgeheimnissen oder Verstöße gegen die Wahrung des Datengeheimnisses mit einer Freiheits- oder Geldstrafe gerichtlich geahndet werden können.

Eine Kopie dieser Erklärung ist mir ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Unterschrift StudienmitarbeiterIn

7.13 Stellungnahme RCSEQ



private universität für gesundheitswissenschaften
medizinische informatik und technik
the health & life sciences university



Research Committee for Scientific Ethical Questions (RCSEQ)

Frau
Stefanie JENNI, BSc
Ergotherapie und Handlungswissenschaft
fh gesundheit

-Zustellung elektronisch-

Vorsitzende: Dr.ⁱⁿ Verena Stühlinger, LL.M.
Tel.: +43(0)50 8648-3942
Geschäftsstelle: Mag.^a Simone Fiegl
Tel.: +43(0)50 8648-3942 , F: +43(0)50 8648-673942,
Email: rcseq@umit.at
EWZ 1, A-6060 Hall in Tirol/AUSTRIA

Hall in Tirol, 07.01.2020

STELLUNGNAHME (RCSEQ 2676/19)

zu dem am 23.11.2019 von Frau Stefanie JENNI, BSc
vorgelegten Forschungsvorhaben, welches in der Schweiz durchgeführt wird:

**„Forschungsarbeit zur Veränderung der Handlungsrollen und des
Betätigungsprofils von betreuenden Partner/innen von betroffenen
Personen nach Schlaganfall“**

Das Research Committee for Scientific Ethical Questions (RCSEQ) der
Privatuniversität UMIT sowie der fh gesundheit hat in seiner vorläufigen
Stellungnahme vom 19.12.2019 eine endgültige Stellungnahme nach Erfüllung
von Bedingungen und Vorlage einer Nachreichung hierzu an den Vorsitz in
Aussicht gestellt. Eine Nachreichung wurde dem Vorsitz zwischenzeitlich am
20.12.2019 und am 03.01.2020 vorgelegt. Die Erfüllung der Bedingungen
wurde auf Grundlage dieser Nachreichungen durch den Vorsitz bestätigt.

**Dem Forschungsvorhaben kann aus ethisch-wissenschaftlicher Sicht
aufgrund erfüllter Bedingungen ein positives Votum erteilt werden.**

Eingereichte Unterlagen: 1. RCSEQ-Antrag auf Beurteilung eines Forschungs-
vorhabens vom 17.11.2019, eingegangen am 23.11.2019 2. Exposé vom Nov. 2019, Vers.4
3. Info+EWE vom 07.11.2019, Vers.Nr.1 4. Kurzfragebogen vom 17.11.2019 5.
Rollencheckliste 1 + 2 überarbeitet 2011 6. Betätigungsprofil 7. Nichtzuständigkeit der
Kantonalen EK Zürich vom 16.09.2019 8. Vorlage Verschwiegenheitserklärung für MA
Nachtrag vom 05.12.2019 Inserat für Teilnehmende, Nutzungsbewilligung der
Räumlichkeiten der Klinik Lengg vom 5.12.2019 und das Genehmigungsformular der fhg zur
Masterarbeit.

Nachgereichte Unterlagen (20.12.2019): 1. Exposé vom Nov. 2019, Vers.5.; 2. Info+EWE
nach Vorlage RCSEQ, Vers.Nr.2 3. Inserat für Teilnehmende 4. Einladungsbewilligung
Klinik Lengg vom 19.12.2019

Nachgereichte Unterlagen (03.01.2020): 1. Exposé vom Jänner 2020, Vers.6.; 2. Inserat für
Teilnehmende Vers.2

Das RCSEQ ist ein unabhängiges, entscheidungsbefugtes Organ der Privatuniversität UMIT, Hall/Tirol, und der Fachhochschule Gesundheit – Tirol, das geplante Forschungsvorhaben an diesen Einrichtungen, welche nicht in die Zuständigkeit einer gesetzlich legitimierten Ethikkommission fallen (AMG, MPG, UG, ABGB, KakuG i.V. TirKAG usw) und besondere Kategorien personenbezogener Daten und/oder besonders schutzwürdige Personengruppen einbeziehen, vor Durchführung auf wissenschaftlich-ethische Kriterien prüft. Das RCSEQ besteht aus neun Mitgliedern (www.umit.at/data.cfm?vpath=ma-rcseq/zusammensetzung-november-2018) und basiert auf dem Kooperationsvertrag vom 4. Oktober 2018, abgeschlossen zwischen UMIT und fhg, sowie der RCSEQ-Geschäftsordnung, beschlossen am 16. Oktober 2018 (www.umit.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/ma-downloadfiles/geschaeftsordnung-rcseq&download=yes).

Seite 1 von 2

UMIT

private universität für gesundheitswissenschaften
medizinische informatik und technik
the health & life sciences university



Betreuerin/Betreuer: Dr. med. Hans Peter Rentsch

Begründung:

- Das Votum einer gesetzlich legitimierten Ethikkommission in Österreich ist gemäß AMG, MPG, ABGB, UG, KaKuG i.V. TirKAG nicht erforderlich. Das Forschungsvorhaben wird in der Schweiz durchgeführt.
- Die örtlich zuständige Schweizer Ethikkommission Kanton Zürich hat ihre sachliche Zuständigkeit mittels Schreiben vom 16. September 2019 verneint, da das Forschungsvorhaben nicht in den Geltungsbereich des Humanforschungsgesetzes fällt.

Erfüllte Bedingungen: Ergänzungen Exposé sowie Info+EWE.

Wichtiger Hinweis: Eine rechtliche Prüfung des Forschungsvorhabens nach ausländischem Recht ist im Rahmen der gegenständlichen Einreichung nicht erfolgt.
Die vorliegende Stellungnahme entbindet nicht von sonstigen Prüf-, Antrags- oder Meldeverpflichtungen.

Hall, am 07.01.2020 für das RCSEQ

Dr.ⁱⁿ Verena Stühlinger, LL.M., Vorsitz

ao Univ.-Prof. Dr. Martin Welk, Vertretung Vorsitz

Das RCSEQ ist ein unabhängiges, entscheidungsbefugtes Organ der Privatuniversität UMIT, Hall/Tirol, und der Fachhochschule Gesundheit – Tirol, das geplante Forschungsvorhaben an diesen Einrichtungen, welche nicht in die Zuständigkeit einer gesetzlich legitimierten Ethikkommission fallen (AMG, MPG, UG, ABGB, KaKuG i.V. TirKAG usw) und besondere Kategorien personenbezogener Daten und/oder besonders schutzwürdige Personengruppen einbeziehen, vor Durchführung auf wissenschaftlich-ethische Kriterien prüft. Das RCSEQ besteht aus neun Mitgliedern (www.umat.at/data.cfm?vpath=ma-rcseq/zusammensetzung-november-2018) und basiert auf dem Kooperationsvertrag vom 4. Oktober 2018, abgeschlossen zwischen UMIT und fhg, sowie der RCSEQ-Geschäftsordnung, beschlossen am 16. Oktober 2018 (www.umat.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/ma-downloadfiles/geschaeftsordnung-rcseq&download=yes).

Seite 2 von 2

7.14 Nichtzuständigkeitserklärung Ethikkommission Zürich



Frau
Stefanie Jenni
Oberwiesenstrasse 17
8500 Frauenfeld

Kanton Zürich
Kantonale Ethikkommission



Prof. Dr. med. Peter Meier-Abt
Präsident

Dr. med. Peter Kleist
Geschäftsführer
Stampfenbachstrasse 121
Postfach
8090 Zürich
Telefon +41 43 259 79 70
Fax +41 43 259 79 72
www.kek.zh.ch

16. September 2019 / ere
Anfrage BASEC-Nr. Req-2019-00901
Zuständigkeitsabklärung

Projekt: Veränderung des Betätigungsprofils und der Handlungsrollen von Partner/innen von Personen nach Schlaganfall im häuslichen Setting

Sehr geehrte Frau Jenni

Wir beziehen uns auf Ihre Anfrage vom 13.09.2019.

Das von Ihnen geplante Projekt fällt nicht in den Geltungsbereich des Humanforschungsgesetzes und bedarf deshalb für seine Durchführung keiner Bewilligung der Kantonalen Ethikkommission. Die Kantonale Ethikkommission ist somit für die Beurteilung des Projekts sachlich nicht zuständig.

Wir erlauben uns, für die Bearbeitung dieser Zuständigkeitsabklärung den Betrag von CHF 100.- in Rechnung zu stellen.

Freundliche Grüsse


Peter Kleist

7.15 Eidesstattliche Erklärung

fh gesundheit
wir bilden die zukunft

fh g

Eidesstattliche Erklärung Masterarbeit

Daten Studierende/r

Nachname Vorname Titel	Jenni Stefanie BSc
Personenkennzeichen	1730055007
Studiengang/Lehrgang	Masterlehrgang Master of Science in Ergotherapie und Handlungswissenschaft der fh gesundheit in Tirol
Jahrgang, Klasse	2017/MSc_ERGO, ERGO_MSc1

Ich erkläre hiermit, dass ich die Masterarbeit zum Thema

Forschungsarbeit zur Veränderung der Handlungsrollen und des Betätigungsprofils von betreuenden Partnern/innen von Personen nach Schlaganfall

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, sowie alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Texten entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt für gedruckte Texte ebenso wie für aus dem Internet entnommene Texte, audiovisuelle Medien, Hörbücher und Bildnachweise.

Frauenfeld, 12.07.2020
Ort, Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Bachelorarbeit-Masterarbeit_Eidesstattliche Erklarung 2013-04-16

7.16 Berufsbezogener Lebenslauf

Oberwiesenstrasse 17
8500 Frauenfeld
+4179 270 4661
stefanie.jenni@gmail.com

STEFANIE JENNI BSC

BERUFSERFAHRUNG	Seit 2017	Anstellung als Ergotherapeutin 100% in der Klinik Lengg im Bereich Neurologie stationär und ambulant
	Seit 2018	Fachleitung der Ergotherapie und Aktivierungstherapie in der Klinik Lengg
	2016	Bobath Kurs bei Christoph Hofstetter
	2015- 2017	Anstellung als Ergotherapeutin 90% in der RehaClinic Bad Zurzach im Bereich Neurologie

AUSBILDUNG	2017-2020	Studium MSc in Ergotherapie und Handlungswissenschaften
	2012- 2015	Studium zur dipl. Ergotherapeutin FH, ZHAW
	2015-2020	Ergotherapie Kongresse und - Treffen, Kurzweiterbildungen und Referate mit unterschiedlichen Schwerpunkten

KENTNISSE UND BEFÄHIGUNGEN

FACHLEITUNG ERGOTHERAPIE UND AKTIVIERUNGSTHERAPIE

- Supervisionen
- Fortbildungsorganisation
- Förderung der Kompetenzen der Mitarbeiter/innen
- Weiterentwicklung der Fachbereiche Ergotherapie und Aktivierungstherapie

KOMMISSIONSLEITUNG BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT IN DER KLINIK LENGG

- Konzeptualisierung des BGM Projektes
- Implementierung des BGM Projektes
- Umsetzung von Massnahmen
- Leitung und Koordination der Kommission