

Masterarbeit

**Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die
Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als
Kompetenz in der Atemphysiotherapie**

am Beispiel der Physiotherapeut*innen der KAGes m. b. H.

eingereicht von

Andreas Kuhn, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science Continuing Education (MSc CE)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgang: „Kardiorespiratorische Physiotherapie“

unter der Anleitung von

Ao Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Sonja Fruhwald

Graz, 06.12.2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 06.12.2024

Unterschrift eh.
Andreas Kuhn, BSc

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die mich während meines Studiums und der Erstellung meiner Masterthesis unterstützt haben.

Zuallererst bedanke ich mich bei Frau Ao. Univ. Prof. Dr. Sonja Fruhwald, die meine Masterthesis mit Geduld und konstruktivem Feedback hervorragend unterstützt hat.

Meinen Kolleginnen und Kollegen aus der MTD-Fachkarrieregruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie möchte ich auch Danke sagen. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit ihnen hat das Thema für diese Masterthesis erst möglich gemacht.

Auch meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen gilt mein Dank. Ohne die positiven Zusprüche und ihre Motivation hätte ich dieses Studium nicht absolvieren können.

Zuletzt möchte ich meiner Familie für ihre Unterstützung, Geduld und Liebe danken. Ihr habt immer an mich geglaubt und dafür danke ich euch von ganzem Herzen.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungen und deren Erklärung	V
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Zusammenfassung	VII
Abstract	IX
1 Einleitung	10
2 Theoretischer Hintergrund	12
2.1 Absaugen von Atemwegssekret im physiotherapeutischen Kontext	12
2.2 Rechtliche Situation	15
2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit	18
2.4 Fortbildung zur innerklinischen Implementierung des Absaugens in der Atemphysiotherapie	19
2.4.1 Konzeption	19
2.4.2 Planung	19
2.4.3 Umsetzungsphase	21
2.5 Theorie des Kompetenzerwerbs und der Kompetenzimplementierung	22
2.5.1 Bloom's Taxonomie	23
2.5.2 Absaug-Kompetenz	24
2.5.3 Theorie der Verhaltensänderung	25
3 Ziele und Forschungsfragen	27
4 Methoden	28
4.1 Studiendesign	28
4.1.1 Hypothesen	28
4.2 Setting	28
4.3 Studienpopulation	29
4.3.1 Online-Umfrage	29
4.3.2 Fokusgruppengespräche	29

4.4	Rekrutierung und Datenerhebung.....	29
4.4.1	Online-Umfrage.....	29
4.4.2	Fokusgruppengespräche	30
4.5	Datenpunkte	31
4.5.1	Online-Umfrage.....	31
4.5.2	Fokusgruppengespräche	31
4.6	Auswertungsmethodik.....	32
4.6.1	Online-Umfrage.....	32
4.6.2	Fokusgruppengespräche	32
5	Resultate.....	34
5.1	Rekrutierungsverlauf.....	34
5.2	Grunddaten.....	36
5.2.1	Online-Umfrage.....	36
5.2.2	Fokusgruppe	39
5.2.3	Gewichtung	45
5.2.4	Visualisierung.....	48
5.3	Statistik	49
5.3.1	Hauptforschungsfrage.....	49
5.3.2	Nebenforschungsfrage.....	50
6	Diskussion	52
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	52
6.2	Klinische Relevanz	53
6.3	Limitationen	55
6.4	Ausblick	57
7	Literaturverzeichnis.....	59
8	Anhang	62
8.1	Appendix I.....	62
8.2	Appendix II.....	63
8.3	Appendix III.....	65
8.4	Appendix IV	71
8.6	Appendix V	76
8.7	Appendix VI	77

Abkürzungen und deren Erklärung

Abkürzung	Erklärung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
COM-B	Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour
CRPT	eng. „cardiorespiratory physiotherapy“ – kardiorespiratorische Physiotherapie
ETA	endotracheales Absaugen
KAGes	Steirische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
MTD	gehobener Medizinisch-technischer Dienst
MFK	MTD-Fachkarriere
NPA	nasopharyngeales Absaugen
OPA	oropharyngeales Absaugen
PTs	Physiotherapeut*innen
TDF	Theoretical domains framework

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematisches Konzept des Aufbaus der Absaugfortbildung	20
Abbildung 2: Zusammenführung der TDF Domänen und des COM-B-Modells..	26
Abbildung 3: Rekrutierungsverlauf der Online-Umfrage	34
Abbildung 4: Rekrutierungsverlauf der Fokusgruppen	35
Abbildung 5: Verteilung der Berufserfahrung aller 218 Umfrage-Teilnehmer*innen	36

Abbildung 6: Verteilung der Physiotherapeut*innen mit regelmäßiger Anwendung des Absaugens.....	38
Abbildung 7: Verteilung der als Förderfaktor codierten Aussagen im COM-B-Modell	44
Abbildung 8: Verteilung der als Barriere codierten Aussagen im COM-B-Modell	45
Abbildung 9: Kumulative Gewichtung der Sub-Kategorien auf Seite der Barriere in der generierten Pugh-Matrix.....	46
Abbildung 10: Kumulative Gewichtung der Sub-Kategorien auf Seite der Barriere in der generierten Pugh-Matrix	47
Abbildung 11: Verteilung der Absaugkompetenz von Physiotherapeut*innen an den Kliniken der KAGes – Stand:05.10.24	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Liste an möglichen nachteiligen Auswirkungen durch ETA.....	13
Tabelle 2. Überarbeitete Stufen der Bloom'schen Taxonomie	23
Tabelle 3. Verteilung von Physiotherapeut*innen mit geringer Anwendungshäufigkeit nach Modus des Kompetenzerwerbs	37
Tabelle 4. Gründe für die fehlende Durchführung des Absaugens in der Atemphysiotherapie.....	39
Tabelle 5. Zugeordnete Chancen und Barrieren anhand der Aussagen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen	40
Tabelle 6. Zugeordnete Chancen und Barrieren anhand der Aussagen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen	41
Tabelle 7. MFK-CRPT-Fortbildung * Absaugkompetenz Kreuztabelle.....	49
Tabelle 8. Absaugkompetenz * Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? * MFK-Kurs Kreuztabelle	51

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine wichtige Maßnahme bei Patient*innen, die sich nicht selbst von Schleim in der Lunge befreien können, ist das Absaugen. Dies ist auch bei einer Sekretmobilisation im Rahmen der Atemphysiotherapie notwendig.

Ziel: Die Bewertung der Auswirkungen einer gezielten Schulung auf die Fähigkeit von Physiotherapeut*innen (PTs) zur Durchführung der Absaugens der Atemwege und der Implementierung dieser Kompetenz in einer großen Gesundheitsorganisation.

Methoden: Nach drei von vier Schulungsrunden wurden alle PTs der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) unabhängig von der Schulungsteilnahme mit einer Online-Umfrage befragt. Der primäre Endpunkt war die Anzahl der PTs, die eine regelmäßige Anwendung (1-5 mal pro Woche oder mehr) berichteten. Sekundäre Endpunkte umfassten den Arbeitsstandort, den Modus des Kompetenzerwerbs, die Häufigkeit der Anwendung und die Berufserfahrung. 4 Fokusgruppen mit Schulungsteilnehmer*innen suchten Faktoren, die die Anwendung der Absaugung erleichtern oder erschweren, und wurden mit dem Theoretical Domains Framework (TDF) analysiert.

Ergebnisse: Von 288 befragten PTs antworteten insgesamt 218. Davon berichteten 28 von einer regelmäßigen Anwendung des Absaugens. Die Hälfte davon lernte diese Fähigkeit während der KAGes-Schulung, die andere Hälfte anderswo. Weitere 14 Teilnehmer*innen der KAGes-Schulung und 5 weitere berichteten von gelegentlicher Anwendung. 171 berichteten, das Absaugen nicht gelernt oder nicht angewendet zu haben. Die Teilnahme an der KAGes-Schulung und eine regelmäßige Anwendung waren statistisch abhängig ($p < .001$). Es wurde keine Abhängigkeit zwischen regelmäßiger Anwendung und Berufserfahrung gefunden. Die Inhaltsanalyse identifizierte 19 Faktoren aus 13 TDF-Domänen, die die Anwendung erleichtern, und 11 Faktoren aus 9 Domänen, die sie erschweren. Wichtige Faktoren, die die Anwendung erleichtern, waren Sicherheit in der Durchführung und die interprofessionelle Zusammenarbeit. Häufige Hindernisse

waren das Fehlen einer Indikation für das Absaugen und Schwierigkeiten mit dem Material.

Schlussfolgerung: Diese Studie zeigt, dass eine gezielte Schulung die Anzahl an PTs mit Absaugkompetenz steigern kann.

Abstract

Background: Airway suctioning is crucial for patients unable to clear lung secretions. This is also important for airway clearance techniques during respiratory therapy.

Objective: To assess the impact of targeted skills training on physical therapists' (PTs) ability to perform airway suctioning and its implementation in a large healthcare organization.

Methods: After 3 out of 4 skills training rounds, all PTs within the Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) were surveyed about their suctioning practices, regardless of training attendance. The primary outcome was the number of PTs reporting regular use (1-5 times/week or more). Secondary outcomes included place of practice, learning source, frequency of use, and professional experience. 4 Focus groups with training participants exploring facilitators and barriers to suctioning use were conducted and analyzed using the Theoretical Domains Framework (TDF).

Results: Of 288 PTs surveyed, 218 responded in total. Of these, 28 reported regular use of suctioning. Half of them learned this skill during KAGes training, the other half elsewhere. An additional 14 KAGes training attendees and 5 others reported irregular use. 171 reported not learning or using suctioning. Attending KAGes training and regular use were statistically dependent ($p < .001$). No dependence was found between regular use and professional experience. Content analysis identified 19 facilitators from 13 TDF domains and 11 barriers from 9 domains. Key facilitators included safety while performing the skill and interprofessional collaboration. Common barriers were a lack of indication for suctioning and difficulties with materials.

Conclusion: This study shows that a targeted skills training can increase the number of PTs who regularly perform airway suctioning.

1 Einleitung

Der Gesundheitszustand eines Menschen kann es notwendig machen, dass Maßnahmen gesetzt werden müssen, die über die physiologischen Reinigungsprozesse der Lunge hinaus gehen. Im physiotherapeutischen Kontext werden diese Techniken als Teil der Atemphysiotherapie unter dem Begriff Sekretmobilisation zusammengefasst. Dabei wird Sekret durch spezielle aktiv und passiv angewendete Atemtechniken in die zentralen Atemwege befördert (1). Bei fehlendem oder reduziertem Hustenstoss muss Sekret, das durch die Atemtherapie in die zentralen Atemwege befördert wurde, als obligater Abschluss einer Sekretmobilisation bei Patient*innen abgesaugt werden (1, 2).

Sekret, das die Atemwege obstruiert muss entfernt werden, um eine ausreichende Ventilationsfunktion der Lunge zu gewährleisten (3, 4). Zusätzlich können Sekretretentionen auch entzündliche Prozesse in der Lunge begünstigen (1, 4-7). Wenn Sekret nicht selbstständig abgehustet werden kann, muss es durch Absaugen entfernt werden (3).

Das Absaugen von Atemwegssekret ist besonders im Bereich der Intensivmedizin eine häufig angewendete Maßnahme (8), die aber auch entlang des außerklinischen Versorgungsspektrums Anwendung findet (3). Dabei wird ein Absaugkatheter in den Atemweg eingeführt und anschließend ein Sog beziehungsweise Unterdruck angelegt, um das Sekret zu entfernen (1, 3, 9). Je nach der Atem-Situation der Patient*innen wird eine endotracheale Absaugung (ETA) entweder über einen künstlichen Luftweg (Tubus oder Trachealkanüle), oropharyngeal (OPA) aus dem Hypopharynx über den Mund oder nasopharyngeal (NPA) aus dem Hypopharynx über die Nase durchgeführt (3). ETA kann entweder offen, mit sterilen Absaugkathetern zur einmaligen Anwendung, oder mit einem geschlossenen endotrachealen Absaugsystem (GETAS), zur mehrmaligen Anwendung durchgeführt werden (10). Während der Großteil der Absaugvorgänge von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt wird, kann im Rahmen eines aktiven Sekretmanagements auch ein Teil auf die Atemphysiotherapie entfallen (11-14).

Das Durchführen von Absaugvorgängen in der Atemphysiotherapie ist im angloamerikanischen Raum bereits weit verbreitet (2, 3, 9, 15-19). In Österreich findet die Intervention zwar Erwähnung in der Fachliteratur (1, 20), es zeigt sich jedoch, dass Absaugen in der Atemphysiotherapie als Aufgabe beziehungsweise Kompetenz des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (MTD) noch nicht flächendeckend zur Anwendung kommt.

Unter diesem Kontext stellte sich für die MTD-Fachkarrieregruppe (MFK-Gruppe) für kardiorespiratorische Physiotherapie (eng.: cardiorespiratory physiotherapy, CRPT) der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) die Frage, wie eine Implementierung des Absaugens als Kompetenz in der Atemphysiotherapie in den Kliniken der KAGes erreicht werden kann.

Um eine flächendeckende bedarfsorientierte Anwendung des Absaugens in der Atemphysiotherapie zu ermöglichen, konzipierte die MFK-CRPT-Gruppe der KAGes eine 3-tägige Fortbildung bestehend aus Vorträgen aller mit dem Absaugen beschäftigten Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Logopädie) sowie mehreren praktischen Trainingseinheiten, in denen alle gängigen Absaugwege an Simulationspuppen geübt werden konnten und abschließend auch die Möglichkeit geboten wurde, unter Supervision eine Absaugung an einem Patienten oder einer Patientin mit Absaugbedarf durchzuführen.

Ziel dieser Arbeit und des zugehörigen Forschungsprojektes ist es, den Effekt dieser Fortbildungsmaßnahme zu evaluieren. Dies soll sowohl durch eine Befragung der Fortbildungs-Teilnehmer*innen zu den wahrgenommenen Chancen und Barrieren für die Anwendung des Absaugens in der Atemphysiotherapie erreicht werden, als auch durch eine Verbundweite online Befragung aller Physiotherapeut*innen der KAGes zum Status ihrer Absaugkompetenz.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Absaugen von Atemwegssekret im physiotherapeutischen Kontext

Die Techniken der Sekretmobilisation bedienen sich verschiedener aktiver und passiver Atemübungen und auch des Einsatzes von Atemtherapiegeräten, die helfen, den Atemfluss zu steuern und zu modulieren. Damit soll das Sekret in die zentralen Atemwege befördert werden. Abschließend muss das Sekret expektoriert werden, da zentrales Sekret erheblich den Atemwegswiderstand und damit die Atemarbeit erhöht (4). Ist dies nicht möglich, muss das Sekret abgesaugt werden (1, 21).

Um eine Sekretmobilisation für Patient*innen mit unzureichender Hustenfähigkeit möglichst zeitnah abschließen zu können, müssen also auch Physiotherapeut*innen fähig sein, das Atemwegssekret abzusaugen (1, 21, 22).

Dabei kommt abhängig von der respiratorischen Situation des*r Patienten*in entweder ETA, OPA oder NPA zum Einsatz (3). Unabhängig vom Absaug-Modus gilt natürlich auch für Physiotherapeut*innen als oberstes Gut die Patient*innen-Sicherheit.

Wesentliche Faktoren der Patient*innen-Sicherheit sind das Einhalten ausreichender Hygienemaßnahmen, zum Beispiel die Nutzung steriler Handschuhe. Außerdem sollte die Dauer des Absaugvorgangs auf maximal 15 Sekunden begrenzt sein (8). Schlussendlich muss die Wahrung eines angemessenen Vitalparameterbereichs (Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, etc.) sowie die Vermeidung von Traumata an den Schleimhäuten der Atemwege gegeben sein (1, 8, 21, 23). Der angemessene Vitalparameterbereich ist individuell abhängig von dem*der Patienten*in und wird ärztlich vorgegeben. Durch Einhalten der Sicherheitsregeln sollen mögliche Komplikationen in Form von nachteiligen Auswirkungen (siehe Tabelle 1) vermieden werden.

Tabelle 1. Liste an möglichen nachteiligen Auswirkungen durch ETA

Sauerstoff-Entsättigung: ein SpO ₂ -Abfall > 5%
Sekret mit Blutbeimengungen: sichtbare Blutbeimengungen in abgesaugtem Sekret
Ausgeprägte Hypertonie: ein Anstieg des systolischen Blutdruck > 200 mmHg
Ausgeprägte Hypotonie: ein Abfall des systolischen Blutdruck auf < 80 mmHg
Ausgeprägte Tachykardie: ein Anstieg der Herzfrequenz auf > 150 Schläge/Minute
Ausgeprägte Bradykardie: ein Abfall der Herzfrequenz auf < 50 Schläge/Minute
Arrhythmien: jegliches Auftreten von neuen anhaltenden supraventrikulären oder ventrikulären Arrhythmien

Übersetzte Aufstellung von möglichen nachteiligen Auswirkungen, zusammengestellt von Maggiore et al. (24)

Der wichtigste Faktor ist jedoch die korrekte Indikationsstellung zum Absaugen. Im Allgemeinen besagt der wissenschaftliche Konsens, dass rein bedarfsorientiertes Absaugen keine Nachteile gegenüber routinemäßigem Absaugen aufweist (8). In der Literatur beschriebene Hinweise für Sekretretentionen in der Lunge, die abgesaugt werden sollten, sind zum Beispiel ein Sägezahnmuster auf der Fluss-Volumen-Kurve am Monitor des Beatmungsgerätes, ein Anstieg des Spitzendrucks bei volumenkontrollierter Beatmung, ein Abfall des Atemzugsvolumen bei druckkontrollierter Beatmung, feuchte Hustengeräusche, hörbares oder palpables Sekret, sichtbares Sekret, der dringende Verdacht einer Aspiration von Erbrochenem oder Sekret aus den oberen Atemwegen, erhöhte Atemarbeit ohne andere Erklärung und verschlechterte Sauerstoffsättigungswerte in der peripheren Messung beziehungsweise in der Blutgasanalyse (3, 8).

Im physiotherapeutischen Kontext sollten die oben beschriebenen Hinweise für Sekretretentionen, sofern das zu entfernende Sekret nicht unmittelbar erkennbar oder hörbar ist, zunächst immer erst eine Indikation für Atemtherapie und Sekretmobilisation darstellen. Im Regelfall wird die Indikation zum Absaugen dann als Abschluss einer erfolgreichen Sekretmobilisation, also dem Befördern von Sekret in die zentralen Atemwege, gestellt. Zusätzlich kann die Indikation zum Absaugen zum

Beispiel auch im Rahmen einer Mobilisation oder durch Bewegungstherapie, durch spontan zentralisiertes Sekret, entstehen (1). So wurde es auch im Rahmen der Fortbildung instruiert.

Ebenfalls entscheidender Teil der Fortbildung war die Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen, die während des Absaugens auftreten können. Im physiotherapeutischen Entscheidungsprozess muss im Rahmen der Risikostratifizierung vor einem etwaigen Absaugvorgang immer darauf geachtet werden, das Auftreten möglicher Komplikationen (siehe Tabelle 1) rechtzeitig zu erkennen, und beherrschen zu können. Im interprofessionellen Austausch mit dem Behandlungsteam sollten mögliche Komplikationen besprochen werden und wie auf diese reagiert wird. Physiotherapeut*innen müssen trotz aller Vorsichtsmaßnahmen immer sicherstellen, dass, wenn vorhanden, eine Notruf-Taste zum Alarmieren von Ärzt*innen und Pflege, eine Wechselkanüle bei tracheotomierten Patient*innen, ein Beatmungsbeutel zur manuellen Beatmung und eine Möglichkeit zur Sauerstoffgabe griffbereit sind. Je kritischer der Gesundheitszustand einer*s Patientin*en ist, desto mehr muss in der vorherigen interprofessionellen Aussprache darauf geachtet werden, dass erfahrenes Personal in Bereitschaft steht, das unerwartet auftretende Komplikationen beherrschen kann. Dies ist notwendig, da ein großer Teil der eventuell erforderlichen Notfall-Maßnahmen über das Kompetenzprofil von Physiotherapeut*innen hinaus geht. In letzter Instanz sollten Atemtherapeutische Maßnahmen, wenn indiziert, gemeinsam mit pflegerischem Personal gesetzt werden.

Absolute Kontraindikationen für das Absaugen bestehen in der Regel keine. Sofern Absaugen indiziert ist, sollte es bei Bedarf auch durchgeführt werden, um die Atemwege freizuhalten. Relative Kontraindikationen stehen immer im Verhältnis zum möglichen Auftreten von nachteiligen Auswirkungen oder Verschlechterungen des klinischen Zustandes einer*s Patientin*en (25). Bei erhöhtem intrakraniellen Druck, kardialer Instabilität, zerebrospinalen Flüssigkeitsaustritt, starkem Bronchospasmus, erhöhter vagaler Reizbarkeit, pulmonalen Ödemen, starker Hämoptyse oder starken Gerinnungsstörungen ist jedoch besondere Vorsicht geboten und das Absaugmanöver sollte nur von erfahrenen Personen durchgeführt werden (14).

Abhängig von der Einführtiefe des Absaugkatheters wird in der Literatur von untiefem Absaugen (eng. „shallow suctioning“) und tiefem Absaugen (eng. „deep suctioning“) gesprochen. Tiefes Absaugen wird dabei als Einführen eines Absaugkatheters durch den künstlichen Luftweg beschrieben, bis ein Widerstand wahrgenommen wird. Anschließend wird der Absaugkatheter um einen Zentimeter zurückgezogen, bevor der Sog angelegt wird (8). Untiefes Absaugen wird dagegen als Einführen des Absaugkatheters auf eine vordefinierte Tiefe, meist die Länge des künstlichen Luftwegs, beschrieben (26). Im physiotherapeutischen Kontext wird international sowohl untiefes als auch tiefes Absaugen angewendet (8, 12), für den Zweck der Fortbildung der CRPT MFK-Gruppe wurde ausschließlich untiefes Absaugen instruiert.

Im Rahmen der Sekretmobilisation kann Atemwegssekret durch die Anwendung verschiedener Techniken in den künstlichen Luftweg hinein oder an dessen untere Öffnung befördert werden. Von dort kann das Sekret anschließend, ohne mit dem Absaugkatheter den künstlichen Luftweg zu verlassen, abgesaugt werden. So kann eine Verletzung der trachealen Schleimhaut durch zu tiefes Absaugen vermieden werden. Entscheidend ist dabei die Länge des künstlichen Luftwegs zu kennen, um die angemessene Absaugtiefe nicht zu überschreiten. (1, 21).

Bei Patient*innen mit eingeschränktem Hustenstoss, jedoch ohne künstlichen Luftweg, kann es notwendig sein, durch atemphysiotherapeutische Maßnahmen in die zentralen Atemwege befördertes Sekret, nach erfolgter Larynx-Passage, über die Nase oder den Mund aus dem Hypopharynx abzusaugen, dann kommen OPA oder NPA zur Anwendung (27, 28). Dabei muss besonders darauf geachtet werden den Absaugkatheter nicht gegen Widerstand vorzuschieben, da dies zum Teil kritische Verletzungen verursachen kann. Würge- und Brechreiz müssen ebenfalls als mögliche Komplikationsquellen beachtet werden (14). Auch bei OPA und NPA kann es zum Auslösen eines Vagusreizes mit Bradykardien bis zum Herzstillstand kommen (29).

2.2 Rechtliche Situation

Die rechtliche Situation ist für Physiotherapeut*innen in Österreich noch nicht vollständig geklärt. Der Bundesverband der Physiotherapeut*innen, Physio Austria, hält in einer Aussendung vom 5. Oktober 2020 fest, dass das endotracheale Absaugen

immanenter Bestandteil der Atemphysiotherapie ist und stellt dabei eine Analogie zu einem Entscheid von 2011 bezüglich einer logopädischen Absaug-Erlaubnis her: „die Behandlung von Schluckstörungen sowie das endotracheale Absaugen sind zwar im Berufsbild der Logopäden nicht ausdrücklich erwähnt. Sie können aber auch Teil der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen sein und sind daher vom Berufsbild des logopädisch-phonatrisch-audiologischen Dienstes umfasst.“(22). Der Begriff der Atemtherapie war zum Zeitpunkt der Aussendung Teil der Berufsbild-Definition in § 2 Abs (1) des damals gültigen MTD-Gesetzes. Eine eindeutige Bestätigung dieser Kompetenz wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) damals jedoch nicht erteilt und darauf hingewiesen, dass es sich „um eine fachliche Frage [handelt] [...], ob die [...] aufgezählten Tätigkeiten der Atemtherapie, die im Berufsbild der Physiotherapie angeführt ist, zugeordnet werden können.“ Weiter wurde ausgeführt, dass „die Letztbeurteilung [...] den Gerichten obliegt.“ (22). Diese aufgestellte Analogie besagt, dass Absaugen im Bedarfsfall Teil der Atemphysiotherapie und Sekretmobilisation ist, und bei Patient*innen mit reduziertem oder fehlenden Hustenstoss von allen davon betroffenen Berufsgruppen beherrscht werden sollte.

Eine eindeutige Klarstellung und Modernisierung der Berufskompetenzen für Angehörige der MTD-Berufe, wurde von Physio Austria und andere MTD-Vertretungsgruppen durch eine Novellierung des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste angestrebt. Das vom Nationalrat beschlossene und am 1.Juli 2024 in Kraft getretene MTD-Gesetz 2024, erwähnt im § 19 Abs. (2) Z 3 „die Verabreichung von Arzneimitteln und die Anwendung von Medizinprodukten [...] nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung.“ Darunter fällt auch die Anwendung eines Absauggerätes und Absaugkatheters zum Absaugen von Atemwegssekret. Die Eigenverantwortlichkeit für das eigenen Handeln sowie die Haftung dafür, bleiben weiter bestehen. Daher muss immer eine adäquate Risikostratifizierung vor jedem Absaugvorgang durchgeführt werden. Im klinischen Kontext bietet auch § 49 des Ärztegesetzes mittels der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an medizinisch ausgebildetes Personal einen rechtlichen Rahmen.

Eine rechtliche Grundlage für das Absaugen als physiotherapeutische Kompetenz scheint somit gegeben zu sein. Dabei muss eine Anwendung dieser Kompetenz vorab immer ärztlich abgeklärt werden.

Ein weiteres Indiz, dass Absaugen als Anteil der Atemphysiotherapie angesehen wird, ist die Aufnahme von Theorie und Praxis des Absaugens in das Curriculum der Bachelor-Ausbildungen beziehungsweise das Angebot von Fortbildungen an einigen der Fachhochschulen in Österreich (30, 31).

2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Kontrast zur Physiotherapie ist das Absaugen durch die Pflege im Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe klar als Kompetenz verankert. Auch die Häufigkeit der Anwendung und Routine darin spricht Angehörigen der Pflege die Kompetenz zum Absaugen zu (9, 15). Es ist aber nicht nur die rechtliche Situation relevant, sondern auch der interprofessionelle Konsens in Bezug auf Aufgabenverteilung, also eine gute kollegiale Zusammenarbeit zwischen therapeutischen, ärztlichem und pflegerischem Personal, spielt eine wesentliche Rolle. Besonders im innerklinischen Bereich besteht dadurch, je nach Organisationseinheit, eine heterogene Aufgabenverteilung, entsprechend der Ausbildung und Erfahrung, zwischen den verschiedenen medizinischen Berufsgruppen (15).

Ein Faktor, der für das Absaugen als Teil der Atemphysiotherapie spricht, ist auch das Schonen pflegerischer Ressourcen. Diese waren und sind unter anderem auch durch die Auswirkungen der Corona-Krise bis an ihr Limit und darüber hinaus strapaziert worden (32-34). Bei kreislaufstabilen Patient*innen, wo ein therapeutisches Absaugen unter sicheren Bedingungen möglich ist, kann ihnen dieser Arbeitsschritt abgenommen werden.

Zentral liegendes Atemwegssekret, kann die Atemarbeit stark erhöhen, eine rasche und zeitnahe Entfernung ist also geboten (4). Durch die Atemphysiotherapie zentralisiertes Sekret sollte also schnellstmöglich und, wenn sicher möglich, direkt durch die Therapeut*innen selbst entfernt werden. Vorab sollte im interprofessionellen Austausch aber immer das Risikoprofil der*des Patientin*en besprochen werden und der Umgang mit möglichen Komplikationen geklärt sein. Dies kann zum Beispiel auch Atemtherapie in Co-Therapie mit der Pflege bedeuten, falls es sich um besonders instabile Patient*innen handelt, die vor einem notwendigen Absaugvorgang pflegerische Maßnahmen wie eine Vertiefung der Sedierung oder eine Relaxation erfordern. In so einem Fall sollten therapeutischen Maßnahmen ganz allgemein immer vorab interdisziplinär besprochen werden.

2.4 Fortbildung zur innerklinischen Implementierung des Absaugens in der Atemphysiotherapie

2.4.1 Konzeption

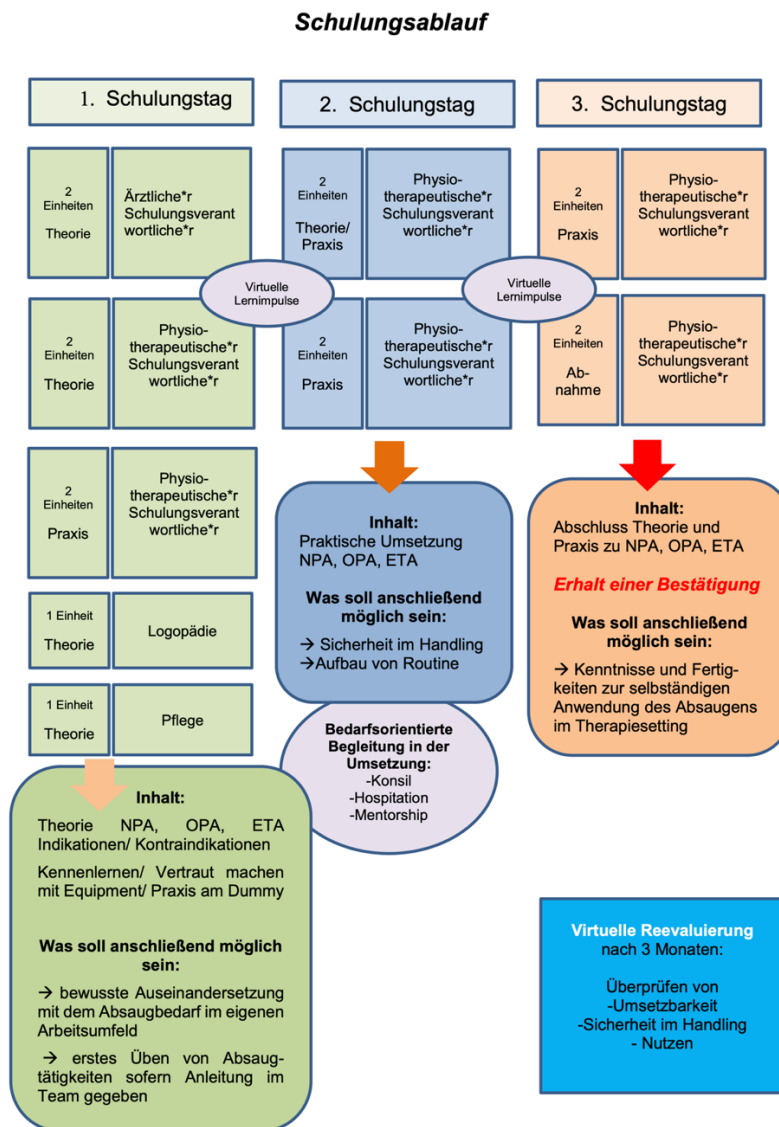
Im Jahr 2022 wurden in Österreich insgesamt 109.932 Personen mit einer Entlassungsdiagnose aus dem Komplex der Krankheiten des Atmungssystems aus einem Akutkrankenhaus entlassen, was 5,3% der insgesamt über 2 Millionen Entlassungsdiagnosen entsprach (35). In der Steiermark waren es im Jahr 2022 über 300.000 Patient*innen, wovon 5,95% auf den Komplex der Krankheiten des Atmungssystems entfielen (siehe Appendix I). Es ist auch anzunehmen, dass bei einem Teil dieser 300.000 Patient*innen eine Krankheit des Atmungssystems als Nebendiagnose gestellt wurde, die jedoch nicht als Entlassungsdiagnose gewertet wurde. In der KAGes wurden im Jahr 2022 ca. 200.000 Patient*innen stationär betreut, also etwa 2/3 aller stationären Entlassungen in der Steiermark (36). Der Bedarf an atemphysiotherapeutischer Versorgung in den Kliniken der KAGes präsentiert sich folglich als nicht unbeträchtlich. Eine unwissenschaftliche Bedarfserhebung des Absaugbedarfs an den Universitätsklinken für Chirurgie, Innere Medizin und Hals-, Nasen-, Ohrenklinik in Graz durch die MFK-CRPT-Gruppe der KAGes, zeigte einen Bedarf für das Absaugen von Atemwegssekret als Abschluss der Sekretmobilisation sowohl im Setting der Intensivstation als auch auf der Normalstation. Um eine flächendeckende bedarfsorientierte Anwendung des Absaugens in der Atemphysiotherapie zu implementieren, begann die MFK-CRPT-Gruppe eine Fortbildungsmaßnahme zu konzipieren, die sowohl die theoretischen als auch praktischen Aspekte des Absaugens umfassen sollte.

2.4.2 Planung

Zunächst wurde ein Erst-Konzept erstellt. Die Liste der theoretischen Inhalte wurde dabei zunächst auf Basis der Expertenmeinung der MFK-CRPT-Gruppe zusammengestellt und enthielten unter anderem Anatomie des Respirationstraktes, Indikationen und Kontraindikationen für das Absaugen, Inhalte zum künstlichen Luftweg sowie mögliche Komplikationen. Zusätzlich wurde großer Wert darauf gelegt, Beiträge aller mit dem Absaugen beschäftigten Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflege,

Physiotherapie, Logopädie) einzuplanen. Im nächsten Schritt wurde eine Aufstellung der praktischen Inhalte erstellt (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Schematisches Konzept des Aufbaus der Absaugfortbildung



Nutzung mit freundlicher Genehmigung von Fr. Anna Mitterhuber, MSc der MFK-CRPT-Gruppe. ETA = endotracheales Absaugen, NPA = nasopharyngeales Absaugen, OPA = oropharyngeales Absaugen

Ein wesentlicher Faktor in der Planung der Fortbildungsmaßnahme, stellte auch die Präsentation des Erst-Konzeptes für die Entscheidungsträger*innen in der KAGes-Führungsebene, gefolgt von den jeweiligen Leitungen der initial involvierten Organisationseinheiten, dar. Dabei ging es vordergründig um Information über den Ablauf sowie die Inhalte, aber natürlich auch um Austausch und Feedback.

Schlussendlich wurde das Konzept durch den ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Graz für die Pilotphase freigegeben und es gab auch eine Freigabe von der Pflegeleitung des Universitätsklinikums sowie der jeweiligen Pflegeleitungen der einzelnen Kliniken. Auch die ärztlichen und pflegerischen Intensivstationsleitungen der Universitätskliniken für Chirurgie und Innere Medizin wurden um ihre Freigabe gebeten. Damit konnte das Fortbildungskonzept in die Umsetzungsphase übergehen.

2.4.3 Umsetzungsphase

Das finale Konzept umfasste eine 3-tägige Fortbildung. Die Anmeldung zur Fortbildung fand über die leitenden Physiotherapeut*innen der jeweiligen Teams oder durch die Physiotherapeut*innen selbst statt. Die Fortbildung wurde ohne Teilnahmegebühr konzipiert. Der erste Fortbildungstag wurde zu einem großen Teil für theoretische Inhalte genutzt, es wurde aber auch Zeit für erste praktische Inhalte bereitgestellt.

Am zweiten Schulungstag wurde der Fokus bevorzugt auf praktische Inhalte gelegt. Neben dem Üben der verschiedenen Absaugvorgänge an Simulationspuppen, stellte eine Besonderheit der Fortbildung dabei die Möglichkeit des Absaugens an Patient*innen mit Absaugbedarf, durch die Kursteilnehmer*innen dar.

Wenn möglich, wurde der*die jeweilige Patient*in dabei zuvor mündlich durch eine*n Schulungsverantwortliche*n um ihr*sein Einverständnis gebeten. Bei invasiv beatmeten Patient*innen, die nicht persönlich Einverständnis-fähig waren, wurde eine Sekretabsaugung durch Kursteilnehmer*innen von einer*m Schulungsverantwortlichen mit dem Behandlungsteam besprochen. Vor der Absaugung wurde der*die Kursteilnehmer*in durch eine*n Schulungsverantwortliche*n

über den*die Patient*in informiert und der individuell notwendige Absaugvorgang sowie die potenziellen Risiken besprochen. Anschließend wurde der Absaugvorgang unter Supervision des*der Schulungsverantwortlichen von den Kursteilnehmer*innen durchgeführt. Dabei kam es zu keinen unerwünschten oder unerwarteten Ereignissen.

Der dritte Schultag umfasste die erneute Möglichkeit der praktischen Anwendung sowohl an Simulationspuppen wie an Patient*innen. Abschließend wurde die Absaugkompetenz unter ärztlicher Aufsicht schriftlich sowie praktisch bestätigt. Die Teilnehmer*innen erhielten eine schriftliche Fortbildungsbestätigung.

An mehreren Stellen während der Fortbildungstage und bei zwei virtuellen Lernimpuls-Einheiten zwischen den Fortbildungstagen (siehe Abbildung 1), wurde auf die rechtliche Situation des Absaugens als Teil der Atemphysiotherapie und besonders auf die Sorgfaltspflicht in Bezug auf die richtige Indikationsstellung, die Risikostratifizierung vor dem Absaugen, die Kommunikation mit anderen relevanten Berufsgruppen und das Management von Komplikationen hingewiesen.

Zum Abgabe-Zeitpunkt dieser Arbeit wurden 4 Fortbildungsdurchgänge mit durchschnittlich 12 Teilnehmer*innen erfolgreich absolviert. Ein weiterer Durchgang wurde für den Herbst 2025 bereits in Auftrag gegeben.

2.5 Theorie des Kompetenzerwerbs und der Kompetenzimplementierung

Der Ausdruck Kompetenz bezieht sich in unserem Kontext auf die Fähigkeit, Wissen und Fertigkeiten in einer bestimmten Situation erfolgreich anzuwenden (37). Evidenzbasierte Medizin umfasst als wesentlichen Faktor auch die Implementierung von evidenzbasierten Praxisempfehlungen und birgt damit, besonders in der Physiotherapie, großes Potential um die Gesundheit von Patient*innen positiv zu beeinflussen (38, 39). Eine solche Implementierung ermöglicht oft auch das Erwerben neuer Kompetenzen. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Erwerb von Kompetenzen und deren Implementierung ist im Bereich der Physiotherapie jedoch selten (38).

Im Folgenden sollen die verschiedenen theoretischen Aspekte beleuchtet werden, die in der Definierung der Lernziele der Fortbildungsmaßnahme sowie in der Implementierung und Evaluierung dieser zur Anwendung kommen.

2.5.1 Bloom's Taxonomie

Bloom's Taxonomie ist ein hierarchisches Klassifikationssystem für Lernziele, das von Benjamin Bloom entwickelt wurde. In der überarbeiteten Version wird vorgeschlagen, Lernziele in eine Äußerung bestehend aus einem Verb und einem Nomen zu formulieren (40). In unserem Fall zum Beispiel: „Absaugen anwenden“. Anhand des Verbs wird das Lernziel einer Prozess-Kategorie zugeordnet. Die überarbeitete Form teilt Ziele in sechs Prozess-Kategorien ein (40). Diese Kategorien bilden eine Hierarchie, wobei höhere Kategorien auf niedrigeren Kategorien aufbauen (siehe Tabelle 2). Unser Lernziel lässt sich recht eindeutig in der Kategorie „Anwenden“ wiederfinden.

Tabelle 2. Überarbeitete Stufen der Bloom'schen Taxonomie

Prozess-Kategorien	Beispiele
Erinnern:	Erinnern an Fakten, Begriffe und Konzepte.
Verstehen:	Begreifen der Bedeutung von Informationen.
Anwenden:	Anwenden von Wissen und Fertigkeiten.
Analysieren:	Zerlegen von Informationen in ihre Bestandteile.
Evaluieren:	Treffen von Bewertungen anhand von Kriterien.
Erschaffen:	Aus verschiedenen Elementen neue Ideen kreieren.

Übersetzte und verkürzte Liste der überarbeiteten Stufen der Bloom'schen Taxonomie nach Anderson et al. (40)

Anhand des Nomens, in unserem Fall „Absaugen“, wird das Lernziel unter Bezug der vier Wissens-Dimensionen: Faktenwissen, konzeptionelles Wissen, prozedurales Wissen und metakognitives Wissen, analysiert (40). In unserem Beispiel kommt als Hauptdimension prozedurales Wissen zum Einsatz. Da nicht nur die praktische

Anwendung selbst, sondern im Vorfeld auch Risikostratifizierung und Wissen über Anatomie, Physiologie, Atemtherapie, Indikationen sowie Kontraindikationen relevant sind, kamen für die Konzeption der Fortbildung auch die Prozesskategorien „Erinnern“ und „Verstehen“, sowie die Wissens-Dimensionen Faktenwissen und konzeptionelles Wissen zur Anwendung.

Bloom's Taxonomie bietet damit einen Rahmen um klare Lernziele für das erfolgreiche Erlernen einer Kompetenz zu formulieren. Die Lernziele können anhand der formulierten Äußerungen aber auch gut evaluiert und überprüft werden.

2.5.2 Absaug-Kompetenz

Physiotherapeutische Absaugkompetenz, aber auch die Absaugkompetenz von anderen Berufsgruppen wurden bereits in der Literatur behandelt (9, 12, 15, 41, 42). Dabei fassen Miller et al. es wie folgt zusammen: *„In the suctioning practice surveys by both Brooks et al. (9) and Triemstra et al. (15), respondents frequently reported that nurses suctioned most often at their health care organizations, while respiratory therapists were consulted most often when expertise related to suctioning was required. Because physical therapists may have fewer opportunities to perform suctioning in clinical practice compared to other health care professionals, assessing their continued competence to perform suctioning is of particular interest.“* (12). Diese Aussage gibt auch einen wegweisenden Hinweis auf die weiterführende Evaluierung der physiotherapeutischen Absaug-Kompetenz. Zur individuellen Kompetenzüberprüfung haben Miller et al. ein Tool entwickelt, welches mittels Beobachtung die verschiedenen Aspekte des Absaugens beurteilt (12).

Teile dieses Tools fanden Anwendung in der individuellen ärztlichen Abnahme der Absaug-Kompetenz im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme. Es musste gezeigt werden, dass Wissen über das Absaugen (Anatomie, Indikationen, Kontraindikation, Komplikationen) besteht, die Fähigkeit dieses Wissen anzuwenden wurde überprüft und die praktische Durchführung eines sterilen Absaugvorgangs an einer Simulationspuppe wurde beurteilt (12).

Eine Gruppen-übergreifende Kompetenzüberprüfung für das Absaugen im klinischen Setting, beziehungsweise ein Modus zur Überprüfung der erfolgreichen Implementierung des Absaugens als Kompetenz in der Atemphysiotherapie, findet sich jedoch nicht in der Literatur.

2.5.3 Theorie der Verhaltensänderung

Verhaltensänderung im medizinischen Setting, entsprechend evidenzbasierten Praxisempfehlungen und in Form von Implementierungsprojekten, ist zum Teil sehr schwierig umzusetzen. Dabei wurde bisher eine Vielzahl an Theorien und theoretischen Konstrukten zur besseren und einfacheren Generierung von Implementierungsstrategien postuliert. Sich aus diesen für eine einzige zu entscheiden oder auch alle gleichzeitig anzuwenden, erscheint schwierig (39).

Um Personen außerhalb des Feldes der Verhaltens-Psychologie einen Zugang zur Gestaltung von Interventionen zur Verhaltensänderung, genauer noch zur Gestaltung von Interventionen zur Implementierung von evidenzbasierten Praxisempfehlungen zu ermöglichen, erarbeiteten Michie et al. eine vereinfachte und kondensierte Sammlung von theoretischen Domänen und Konstrukten, die Verhalten bestimmen und beeinflussen können (39). Ein ebenfalls gut beschriebenes Theorie-Konstrukt, das „COM-B“-Modell, wurde 2011 von Michie et al. entwickelt, um Verhalten in Bezug auf evidenzbasierte Praxisempfehlungen zu analysieren. Das Akronym „COM-B“ steht für die Begriffe „*Capability*“, „*Opportunity*“, „*Motivation*“ und „*Behaviour*“. Entsprechend dem „COM-B“-Modell, beeinflussen sich die Begriffe gegenseitig: Befähigung und Gelegenheit können zum Beispiel die Motivation für ein Verhalten beeinflussen. Die Ausführung eines Verhaltens kann Befähigung, Motivation und Gelegenheit beeinflussen (43).

Abbildung 2: Zusammenführung der TDF Domänen und des COM-B-Modells

Table 3 Mapping of the Behaviour Change Wheel's COM-B system to the TDF Domains

COM-B component	TDF Domain	
Capability	Psychological	Knowledge
		Skills
		Memory, Attention and Decision Processes
		Behavioural Regulation
Opportunity	Physical	Skills
	Social	Social Influences
Motivation	Reflective	Environmental Context and Resources
		Social/Professional Role & Identity
		Beliefs about Capabilities
		Optimism
	Automatic	Beliefs about Consequences
		Intentions
		Goals
		Social/Professional Role & Identity
		Optimism
		Reinforcement
		Emotion

Nutzung mit freundlicher Genehmigung von Susan Michie. COM-B = „Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour“ TDF = „Theoretical Domains Framework“ (44)

Schlussendlich wurde die ursprüngliche Sammlung von theoretischen Domänen und Konstrukten in das „Theoretical Domains Framework“ (TDF) überarbeitet und mit dem „COM-B“-Modell verbunden (siehe Abbildung 2) (44). Diese Zusammenführung ermöglicht es, Interventionen zur Verhaltensänderung im Detail zu analysieren, um so einzelne Komponenten ausfindig zu machen, die eine Verhaltensänderung fördern oder hemmen. Diese vertiefte Analyse ist sowohl in der Planungsphase, aber auch in der Implementierungs- oder Erhaltungsphase eines Implementierungsprojektes möglich.

3 Ziele und Forschungsfragen

Aus dem beschriebenen Hintergrund lassen sich die folgenden Forschungsfragen ableiten und beforschen.

Ziel dieser Arbeit ist es, den Effekt der durch die MFK-CRPT-Gruppe durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen auf die Implementierung des Absaugens als Anwendungskompetenz in der Atemphysiotherapie in den Kliniken der KAGes zu evaluieren.

Haupt-Forschungsfrage

- Welchen Effekt hat eine gezielte Fortbildungsmaßnahme auf die Anzahl der Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz?

Neben-Forschungsfrage

- Welche Chancen und Barrieren gibt es für das Absaugen von Atemwegssekret in der Atemphysiotherapie?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Berufserfahrung, Modus des Kompetenzerwerbs und Anwendungskompetenz für das Absaugen von Atemwegssekret in der Atemphysiotherapie?

Es ist nicht Ziel dieser Arbeit, die Kompetenz von einzelnen Physiotherapeut*innen der KAGes in der Anwendung des Absaugens zu bewerten. Vielmehr soll die subjektive Einschätzung ihrer Anwendungskompetenz und ihre Anwendung beeinflussende Faktoren als gesammelter Datensatz untersucht werden. Es wird nicht auf die Bewertung oder Eindrücke anderer Berufsgruppen eingegangen, daher kann keine Aussage über diese gemacht werden.

4 Methoden

4.1 Studiendesign

Um die Forschungsfragen (siehe Kapitel 3) zu beantworten wurde ein Mixed Methods Design gewählt. Am 16.10.2023 wurde ein Ethikantrag an die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz (MedUni) gestellt. Am 31.10.2023 wurde der Antrag erstmals im 'expedited Review' behandelt. Nach Erstbearbeitung durch die Ethikkommission wurde der Antrag am 10.11.2023 nochmals in ergänzter Fassung eingereicht und erhielt unter der EK-Nummer: 36-058 ex 23/24 ein positives Votum (siehe Appendix II). Der Ethikantrag wurde am 26.08.2024 nochmals ergänzt. Mit dem Kommentar „Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form“ wurde diese Änderung am 03.09.2024 von der Ethikkommission bestätigt.

4.1.1 Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden aus der Hauptforschungsfrage abgeleitet:

- **H0:** Eine gezielte Fortbildungsmaßnahme kann die Zahl der Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz nicht steigern.
- **H1:** Eine gezielte Fortbildungsmaßnahme hat einen messbaren Effekt auf die Anzahl an Physiotherapeut*innen, die regelmäßig Atemwegssekret absaugen.

4.2 Setting

Die in Kapitel 2.4 beschriebene Fortbildungsmaßnahme wurde an den Kliniken der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. durchgeführt. Diese Evaluierungsstudie wurde über verschiedene Online-Kanäle durchgeführt, dabei befanden sich die Teilnehmer*innen an ihrem jeweiligen Arbeitsstandort. Insgesamt betreibt die KAGes 20 Standorte für die medizinische Versorgung von über einer Million ambulanter und stationärer Patienten. Außerdem werden noch 3 Landespflegezentren betrieben (45).

4.3 Studienpopulation

4.3.1 Online-Umfrage

Einziges Einschlusskriterium für die Online-Umfrage war eine Anstellung als Physiotherapeut*in in einem KAGes-Standort. Es gab keine Ausschlusskriterien für die Online-Umfrage.

4.3.2 Fokusgruppengespräche

Für eine Einladung zu einem Fokusgruppengespräch wurden eine Anstellung als Physiotherapeut*in in einem KAGes-Standort und der erfolgreiche Abschluss eines der Fortbildungsdurchgänge als Einschlusskriterien gewählt.

Es gab keine Ausschlusskriterien für die Fokusgruppengespräche.

4.4 Rekrutierung und Datenerhebung

4.4.1 Online-Umfrage

Für die Umfrage wurden alle 288 Physiotherapeut*innen (Stand: 02.08.2024) per E-Mail zu ihrer freiwilligen Teilnahme eingeladen. Ihre E-Mail-Adressen und Namen wurden, nach vorheriger Autorisierung durch die zentrale MTD-Koordination der KAGes, aus der globalen Adressliste des Firmen-E-Mail-Systems entnommen.

Die quantitative Datenerhebung dieser Arbeit wurde mit einer eigens erstellten Online-Umfrage (siehe Appendix III) mit insgesamt 7 Fragen durchgeführt. Dabei musste, der Umfrage-Logik folgend, immer nur ein Teil der 7 Fragen beantwortet werden. Die Umfrage wurde nach Genehmigung der Stabsstelle Qualitäts- und Wissensmanagement der MedUni auf dem, von der MedUni betriebenen, LimeSurvey-Server erstellt und am 5.08.2024 freigeschaltet. Die Laufzeit der Umfrage endete am 5.10.2024. Die Einladung zur Teilnahme und darauffolgende Erinnerungen zur Teilnahme, wurden automatisiert per E-Mail durch den LimeSurvey-Server durchgeführt. Sowohl die Einladungen als auch die Erinnerungen enthielten für die

eingeladenen Personen die Option, eine Teilnahme aktiv auszuschließen und auch von weiteren Erinnerungen ausgeschlossen zu werden.

Es gab keine Verpflichtung zur Teilnahme an der Online-Umfrage. Eine aktive Teilnahme an der Umfrage wurde als Einwilligung zur anonymen Datenverarbeitung gewertet.

4.4.2 Fokusgruppengespräche

Insgesamt nahmen im Beobachtungszeitraum zwischen Oktober 2023 und Dezember 2024 46 Physiotherapeut*innen erfolgreich an der Fortbildung teil. Frühestens einen Monat nach absolvierter Fortbildung wurden die Teilnehmer*innen mittels der Termin-Umfrage-Seite ‚www.doodle.com‘ dazu eingeladen, einen gemeinsamen Termin für ein Fokusgruppengespräch zu finden. Der jeweilige Termin mit den meisten möglichen Teilnehmer*innen wurde gewählt und ein Online-Meeting auf der Webex-Plattform der KAGes erstellt. Abschließend wurden die verfügbaren Teilnehmer*innen per E-Mail zu diesem Online-Meeting eingeladen und die Einverständniserklärung (siehe Appendix IV) wurde an sie übermittelt. Konnte kein gemeinsamer Termin gefunden werden und eine Teilnahme war unmittelbar nicht möglich, wurden Teilnehmer*innen zu später angesetzten Fokusgruppen erneut eingeladen.

Jedes Fokusgruppengespräch wurde anhand von einem Leitfragenkatalog (siehe Appendix V) mit insgesamt 8 Leitfragen geführt. Die Gesprächsführung wurde semistrukturiert durchgeführt, um Erläuterungen zu den Fragestellungen geben zu können.

Eine Wortmeldung wurde mittels virtuellem Handzeichen angezeigt. Die Teilnehmer*innen wurden dann vom Moderator nacheinander um ihren Beitrag zu der jeweiligen Thematik gebeten.

4.5 Datenpunkte

4.5.1 Online-Umfrage

Hauptgröße dieses Forschungsprojekts ist der Effekt der Fortbildungsmaßnahme des CRPT-Teams auf die Anzahl an Physiotherapeut*innen mit Anwendungskompetenz zum Absaugen von Atemwegssekret im Rahmen der Atemphysiotherapie. Mangels bestehender Definitionen aus der Literatur, wurde eine Angabe von durchschnittlich 1 bis 5 Anwendungen pro Woche oder mehr als Anwendungskompetenz gewertet.

Teilnehmer*innen, die angaben, dass sie das Absaugen erlernt hatten, wurden zusätzlich befragt

- zur Angabe der Anwendungshäufigkeit
- nach ihrem Arbeitsstandort
- nach ihrer Berufserfahrung

Teilnehmer*innen, die berichteten, dass sie die Fortbildung des CRPT-Teams besucht hatten und auch eine Anwendungshäufigkeit von durchschnittlich '1-5 mal pro Woche' oder öfter angaben, wurden darüber hinaus noch befragt, ob es bereits vor der Fortbildungsmaßnahme zu einer Anwendung mit einer ähnlichen Häufigkeit gekommen war.

Teilnehmer*innen, die eine Anwendungs-Häufigkeit von durchschnittlich weniger als '1 bis 5 mal pro Woche' berichteten, wurden zusätzlich, nach von ihnen wahrgenommenen Gründen für die seltene oder fehlende Anwendung befragt.

Teilnehmer*innen, die die Angabe machten keine Absaugkompetenz zu haben, wurden nur nach Arbeitsstandort und Berufserfahrung befragt.

4.5.2 Fokusgruppengespräche

Zum Zweck der Inhaltsanalyse wurden die Fokusgruppengespräche aufgezeichnet und anschließend die Tonspur zunächst mit dem Programm MAXQDA Analytics Pro 24 automatisiert transkribiert und anschließend auf Fehler kontrolliert. Im letzten

Arbeitsschritt wurden Aussagen, die eine Identifizierung von Personen ermöglicht, anonymisiert.

4.6 Auswertungsmethodik

4.6.1 Online-Umfrage

Die Daten, die zur statistischen Auswertung herangezogen wurden, stammen aus der für diese Studie erstellten Online-Umfrage. Ein wichtiges Detail zu diesen Daten ist der Befragungszeitraum. Aus organisatorischen Gründen war es notwendig die Online-Umfrage durchzuführen, bevor der 4. Durchgang der Fortbildung durchgeführt werden konnte. Dementsprechend hatten während dem Befragungszeitraum erst 34 Therapeut*innen die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe absolviert.

Die Angaben der Online-Umfrage wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 28 verarbeitet. Zusätzlich zu den absoluten und relativen Häufigkeiten der Angaben, wurden folgende Angaben in Gegenüberstellung einem Chi²-Test auf Zufälligkeit der Verteilung unterzogen.

- Erwerb der Absaugkompetenz über die Fortbildung der CRPT-Gruppe X Anwendungskompetenz
- Anwendungskompetenz X Berufserfahrung

Eine Stichproben-Berechnungen mit dem Raosoft®-sample-size-Calculator für Online-Umfragen, ergab ein n = 152 für die Anzahl an verwertbaren Antworten der Online-Umfrage, um ein repräsentatives Ergebnis in Bezug auf die deskriptiven Statistik-Auswertungen zu erlangen. Die angestrebten statistischen Auswertungen mit dem Chi²-Test benötigt eine Mindestfallzahl von 5 Fällen pro Zelle in der Kreuztabelle, also mindestens n = 30 (46).

4.6.2 Fokusgruppengespräche

Die transkribierten und kontrollierten Gesprächsprotokolle (siehe Appendix VI) wurden anhand eines Kodierungsleitfadens (siehe Appendix VII) mit dem Programm MAXQDA

Analytics Pro 24 analysiert und die Aussagen entweder als Förderfaktor oder als Barriere in eine der 14 Kategorien des TDF-Frameworks zugeordnet. Anschließend wurden relative und absolute Häufigkeiten von Aussagen in den Kategorien mit demselben Programm ausgewertet. Zusätzlich werden die kodierten Segmente noch induktiv erstellten Sub-Kategorien zugeordnet, um einen vertieften Einblick in die Förderfaktoren und Barrieren zu ermöglichen.

Dann wurde die Verteilung der Aussagen in die COM-B Komponenten nach Förderfaktoren und Barrieren ermittelt. Dabei wurde die von Cane et al beschriebene Zuteilung der TDF-Domänen zu den COM-B Komponenten angewandt (44).

Da sich Einflussfaktoren für Verhalten und Verhaltensänderung oft als multifaktoriell präsentieren können, wurden die Sub-Kategorien mit einer „Pugh-Matrix“, einem Multi-Kriterien-Entscheidungs-Tool, bewertet. Dabei wurden die generierten Sub-Kategorien auf Seite der Förderfaktoren und der Barrieren, nach 3 Kriterien bewertet, die bereits in TDF-Studien verwendet wurden (47-49):

- Häufigkeit der Nennung
- Divergenz der Meinung
- Wahrgenommener Einfluss

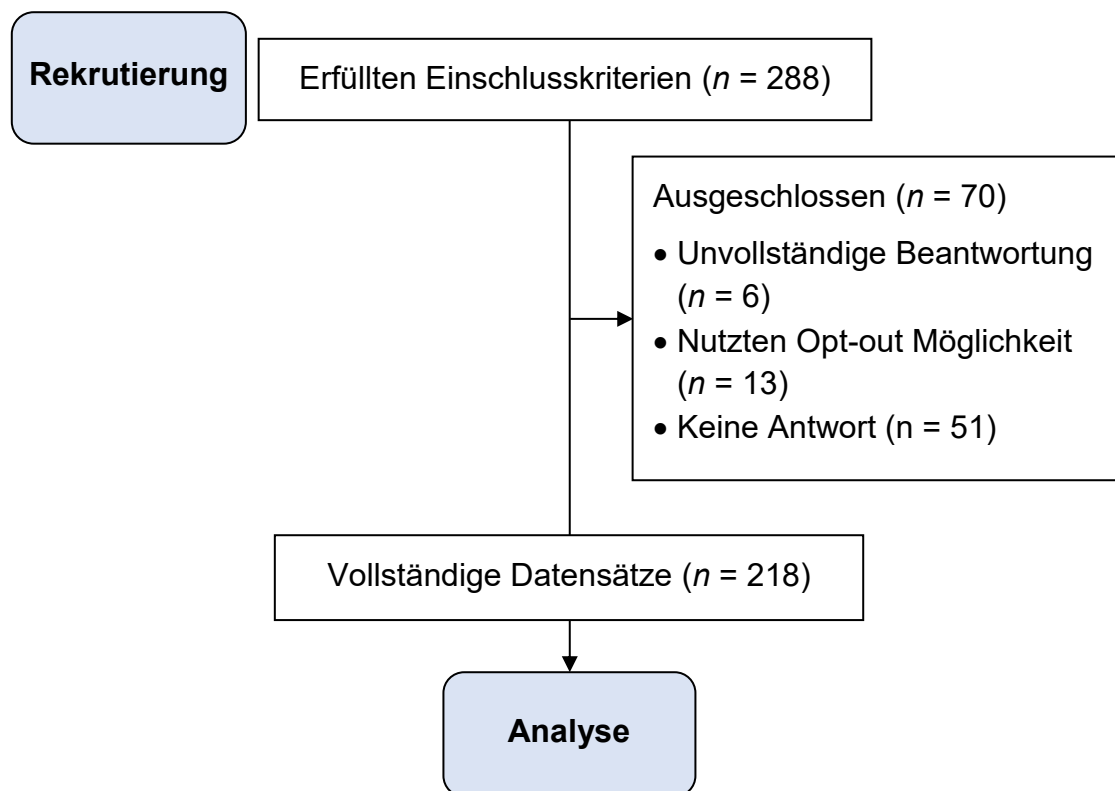
Jedes dieser Kriterien wurde aufsteigend in Schritten von 0,5, mit einem Gewicht von maximal 2 belegt.

5 Resultate

5.1 Rekrutierungsverlauf

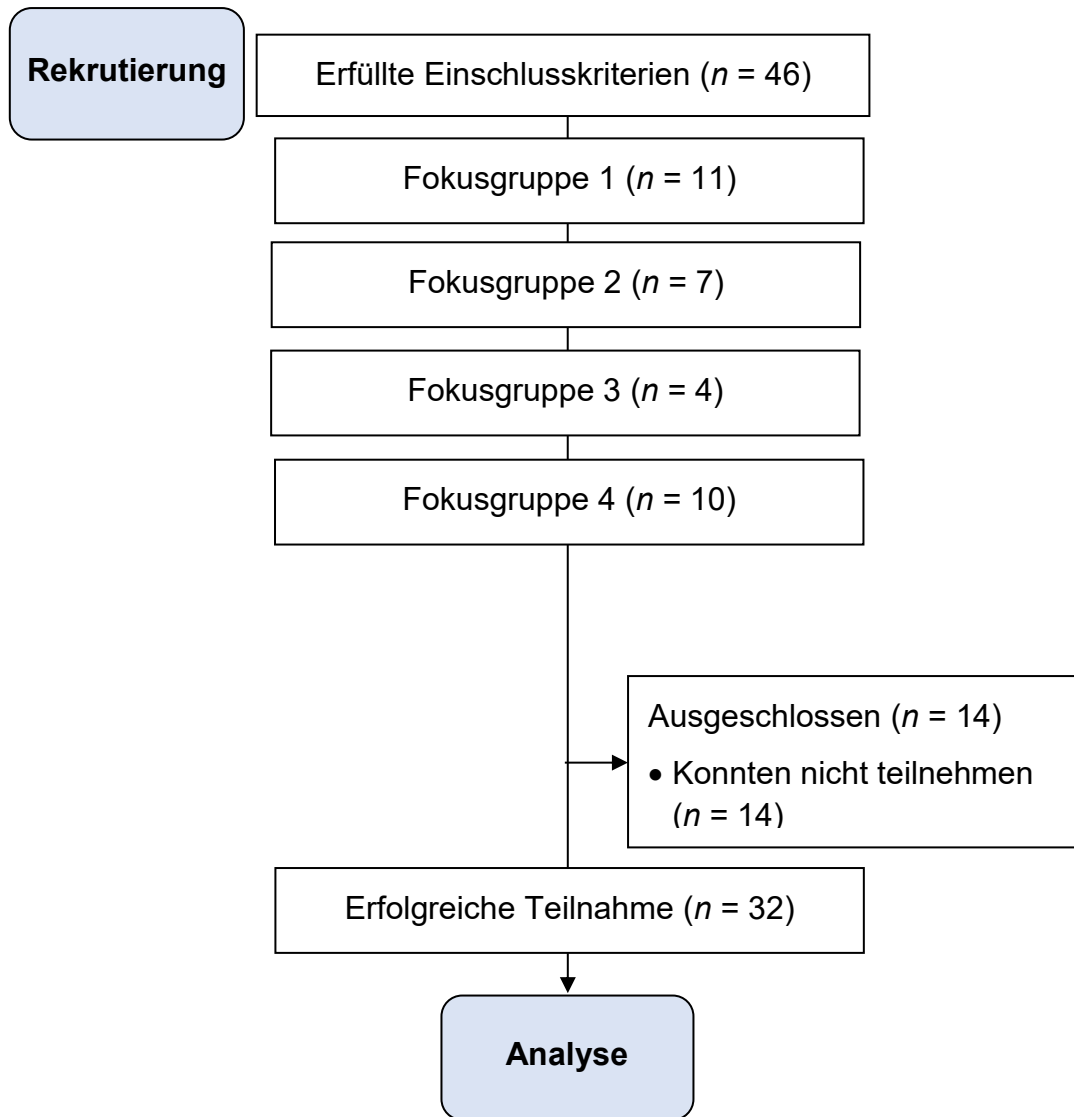
In den Abbildungen 3 und 4 kann der Rekrutierungsverlauf für die Online-Umfrage sowie für die Fokusgruppen-Gespräche nachverfolgt werden. Es konnten insgesamt 218 vollständige Datensätze aus der Online-Umfrage erhoben werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von fast 76%. Im Rahmen der Fokusgruppengespräche wurden insgesamt 32 Teilnehmer*innen befragt.

Abbildung 3: Rekrutierungsverlauf der Online-Umfrage



Laufzeit der Online-Umfrage: 05.08.-05.10.2024

Abbildung 4: Rekrutierungsverlauf der Fokusgruppen



Fokusgruppe 1 fand am 29.11.2023, Fokusgruppe 2 fand am 24.04.2024, Fokusgruppe 3 fand am 24.09.2024, Fokusgruppe 4 fand am 03.12.2024 statt.

5.2 Grunddaten

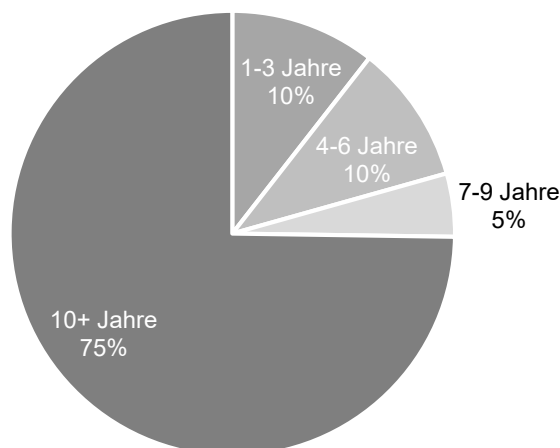
5.2.1 Online-Umfrage

Von den insgesamt 218 vollständigen Antworten kam ein Großteil aus den Standorten LKH-Universitätsklinikum Graz, LKH Graz II – Standort Süd und LKH Murtal – Standort Leoben. Es gab keinen Standort, von dem kein*e Physiotherapeut*in teilnahm.

Berufserfahrung:

Alle 218 Umfrage-Teilnehmer*innen wurden, unabhängig ihrer Angabe zum Erwerb einer Absaugkompetenz, nach ihrer Berufserfahrung befragt. Abbildung 5 zeigt, dass beinahe 75% aller Physiotherapeut*innen eine Berufserfahrung von 10 oder mehr Jahren angegeben haben.

Abbildung 5: Verteilung der Berufserfahrung aller 218 Umfrage-Teilnehmer*innen



Angegebene Berufserfahrung: 10+ Jahre (n = 163), 7-9 Jahre (n = 10), 4-6 Jahre (n = 22), 1-3 Jahre (n = 23)

Erwerb der Absaugkompetenz:

Insgesamt gaben 62 Physiotherapeut*innen an, das Absaugen von Atemwegssekret erlernt zu haben. Davon gaben 31 eine Teilnahme der Fortbildung des MFK-CRPT-Teams, 15 eine Teilnahme einer externen Fortbildung und 16 eine Team-interne Weitergabe der Absaugkompetenz an.

Häufigkeit der Anwendung des Absaugens:

Von 62 Physiotherapeut*innen, die das Absaugen von Atemwegssekret erlernt haben, gaben 15 an, das Absaugen 'gar nicht' anzuwenden und 19 gaben an, das Absaugen durchschnittlich 'weniger als 1 mal pro Woche' anzuwenden. In Tabelle 3 kann die Verteilung der Physiotherapeut*innen mit geringer Anwendungshäufigkeit nach Modus des Kompetenzerwerbs eingesehen werden.

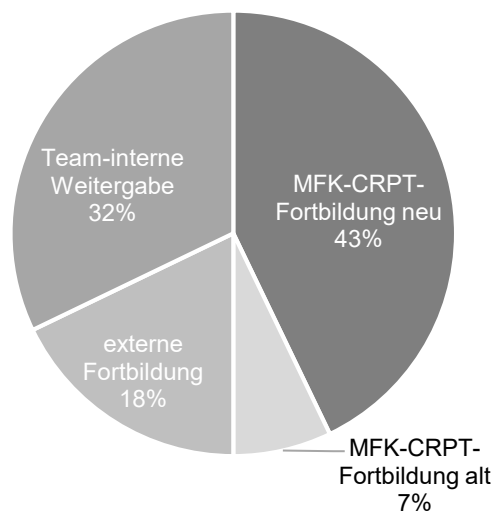
Tabelle 3. Verteilung von Physiotherapeut*innen mit geringer Anwendungshäufigkeit nach Modus des Kompetenzerwerbs

Modus des Kompetenzerwerbs	weniger als 1 mal pro Woche	gar nicht
MFK-CRPT-Fortbildung	14	3
Externe Fortbildung	2	8
Team-interne Weitergabe	3	4

MFK-CRPT = MTD-Fachkarrieregruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie

In Abbildung 6 zeigt sich die Verteilung der Physiotherapeut*innen mit regelmäßiger Anwendung des Absaugens, aufgeschlüsselt nach dem Modus ihres Kompetenzerwerbs. Insgesamt 28 Physiotherapeut*innen gaben eine durchschnittliche Anwendungshäufigkeit von '1-5 mal pro Woche' oder öfter an. Davon gaben 12 Physiotherapeut*innen an, die Absaugkompetenz im Rahmen der Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe neu erlernt zu haben. Weitere 2 Physiotherapeut*innen hatten die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe besucht, gaben jedoch an, bereits vor der Fortbildung eine regelmäßige Anwendung von durchschnittlich '1-5 mal pro Woche' ausgeübt zu haben. Einen Erwerb durch eine externe Fortbildung oder eine Team-interne Weitergabe gaben 14 Physiotherapeut*innen an.

Abbildung 6: Verteilung der Physiotherapeut*innen mit regelmäßiger Anwendung des Absaugens.



MFK-CRPT = MTD-Fachkarrieregruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie

Gründe für seltene oder fehlende Anwendung:

Physiotherapeut*innen, die trotz der Angabe eines Kompetenzerwerbs für das Absaugen von Atemwegssekret eine durchschnittliche Anwendung von 'weniger als '1 mal pro Woche' oder 'gar nicht' angaben, wurden nach den von ihnen wahrgenommenen Gründen befragt. Dabei wurden ihnen einige Antwortmöglichkeiten zur mehrfachen Auswahl gegeben sowie auch die Möglichkeit einer Freitext-Antwort. In Tabelle 4 wird eine Übersicht über die gewählten Gründe gegeben.

Tabelle 4. Gründe für die fehlende Durchführung des Absaugens in der Atemphysiotherapie

Hindernis	Anzahl
kein Absaug-Bedarf im Setting der Atemphysiotherapie	21
das Absaugen wird von anderen Berufsgruppen durchgeführt	25
fehlende Übung oder Unsicherheit in der Anwendung	8
fehlende intrinsische/extrinsische Motivationsfaktoren	2
fehlende Ressourcen für Risiko-Stratifizierung	2
nicht mehr in der Routine Versorgung der Patienten tätig	1
fehlende Fortbildungen und Kompetenzaufteilung innerhalb des interdisziplinären Teams	1
zu wenig Zeit	1

Freitext-Antworten, die nicht auf die gestellte Frage eingingen, wurden aus der Auflistung entfernt.

5.2.2 Fokusgruppe

Die 5 Fokusgruppengespräche hatten eine Dauer von 30 bis 45 Minuten. Insgesamt wurden 186 Stellen der transkribierten Aussagen entweder als Chance oder als Barriere einer der TDF-Domänen zugeordnet. Dabei entfielen 128 Sequenzen auf die Seite der Chancen und dementsprechend 58 Sequenzen auf die Seite der Barrieren. In Tabelle 5 sind die Zuordnungshäufigkeiten der TDF-Domänen im Detail aufgelistet. Auf Seite der Chancen wurden 13 TDF-Domänen kodiert, 9 TDF-Domänen auf Seite der Barrieren.

Tabelle 5. Zugeordnete Chancen und Barrieren anhand der Aussagen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen

TDF-Domäne	Chancen	Barrieren
Wissen	16	3
Fähigkeiten	11	2
Soziale/Professionelle Rolle/Identität	24	6
Glaube über Fähigkeiten	26	1
Optimismus	1	0
Glaube über Konsequenzen	18	4
Verstärkung	1	1
Absichten/Intentionen	1	1
Ziele	1	0
Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungen	5	0
Umweltbedingter Kontext und Ressourcen	7	30
Soziale Einflüsse	16	8
Emotionen	1	2
Verhaltensregulation	0	0

TDF = Theoretical Domains Framework

In Tabelle 6 können die induktiv generierten Sub-Kategorien und deren Verteilung eingesehen werden. Es wurden insgesamt 19 Sub-Kategorien als Förderfaktoren identifiziert, wobei Sicherheit in Bezug auf den Glauben an die eigenen Fähigkeiten mit 17 Nennungen der häufigste Förderfaktor war. An zweiter Stelle der Förderfaktoren, wurde die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in Bezug auf soziale Einflüsse identifiziert. Auf Seite der Barrieren wurden 11 Sub-Kategorien identifiziert. Unter diesen wurde eine fehlende Indikation zum Absaugen im Rahmen der Atemphysiotherapie am häufigsten und Probleme mit dem Material, das zum Absaugen zur Verfügung stand, am zweit-häufigsten genannt. Dabei wurden im Detail nicht vorhandene sterile Handschuhe, nicht passende Absaugkatheter oder Probleme mit der Identifizierung der Trachealkanüle und der Bestimmung der korrekten Absaugtiefe erwähnt.

Tabelle 6. Zugeordnete Chancen und Barrieren anhand der Aussagen der Fokusgruppen-Teilnehmer*innen

TDF-Domäne und ihre Sub-Kategorien	Chancen	Barrieren
Wissen (insgesamt)	16	3
Indikationsstellung	7	
Risikostratifizierung	6	
Materialwissen	3	2
Fehlendes Materialwissen		1
Fähigkeiten (insgesamt)	11	2
praktisches Üben	5	1
supervidiertes Üben	4	
Erweiterung der Handlungskompetenz	2	
Fehlendes Üben		1
Soziale/Professionelle Rolle/Identität (insgesamt)	24	5
Erweiterung der Handlungskompetenz	8	
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	9	
Bestehende Handlungskompetenz	5	2
Schonung von Ressourcen	1	
Rollenverständnis	1	1
Delegation an andere Berufsgruppe		2
Glaube über Fähigkeiten (insgesamt)	26	1
Sicherheit	17	1
Erweiterung der Handlungskompetenz	8	
Motivation	1	
Optimismus (insgesamt)	1	0
Glaube über Konsequenzen (insgesamt)	18	4
Patient*innenwohl	9	4
Sicherheit	6	
rechtliche Situation	3	

(auf der nächsten Seite fortgesetzt)

Tabelle 6. (fortgesetzt)

TDF-Domäne und ihre Sub-Kategorien	Chancen	Barrieren
Verstärkung (insgesamt)	1	1
externe Bekräftigung	1	
fehlende externe Bekräftigung		1
Absichten/Intentionen (insgesamt)	1	1
Schonung von Ressourcen	1	
Delegation an andere Berufsgruppe		1
Ziele (insgesamt)	1	0
Handlungsplanung	1	
Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungen (insgesamt)	5	0
Indikationsstellung	4	
Risikostratifizierung	1	
Umweltbedingter Kontext und Ressourcen (insgesamt)	7	30
keine Indikation		18
gegebene Indikation	6	
Probleme mit dem Absaugmaterial		9
vorhandenes Material	1	
Aufgabenverteilung		3
Soziale Einflüsse (insgesamt)	16	7
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	13	1
Aufgabenverteilung		6
interprofessionelle Supervision	3	
fehlende Supervision		1
Emotionen (insgesamt)	1	2
Angst		2
Sicherheit	1	
Verhaltensregulation (insgesamt)	0	0

TDF = Theoretical Domains Framework

Eine Beispiel-Sequenz für den Förderfaktor 'Sicherheit' in Bezug auf den Glauben an die eigenen Fähigkeiten lautete zum Beispiel folgendermaßen:

[Das] Üben an den Dummies aber auch das Mitgehen mit erfahrenen Atemphysiotherapeuten, die das auch unterrichtet haben, da nochmal Sicherheit zu gewinnen, war für mich ausschlaggebend.

Auch für den häufig genannten Förderfaktor 'Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen' in Bezug auf soziale Einflüsse gibt es mit folgender Sequenz ein gutes Beispiel:

Also ich hab[e] auch die Möglichkeit gehabt, supervidiert von der Pflege, dann abzusaugen. Also das ist wirklich ein[e] super Zusammenarbeit.

Auf Seite der Barrieren wurde aus der Domäne der Umweltfaktoren eine fehlende Indikation zum Absaugen am häufigsten genannt. Eine repräsentative Aussage dafür war etwa diese:

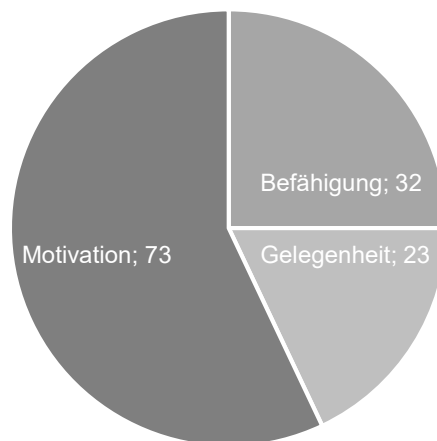
Ja, ich hab[e] leider nicht die Möglichkeit gehabt, weil ich jetzt in der Allgemeinstation arbeite, und wir derzeit keine Patienten haben, die zum Absaugen sind.

Ein Beispiel für die Sub-Kategorie 'Probleme mit dem Absaug-Material' ebenfalls aus der Domäne der Umweltfaktoren lautete:

Die Utensilien, die bereitgelegt sind, auch auf meiner Station wo ich dann abgesaugt hab, waren auch nicht so, dass sterile Handschuhe gleich zur Verfügung gestanden sind.

Neben der Analyse der TDF-Domänen und den daraus generierten Sub-Kategorien ist auch eine Betrachtung der Verteilung der codierten Aussagen in die Hauptdomänen des COM-B Modells (siehe Abbildung 2). In Abbildung 7 sind die codierten Förderfaktoren in ihrer Verteilung im COM-B-Modell zu sehen.

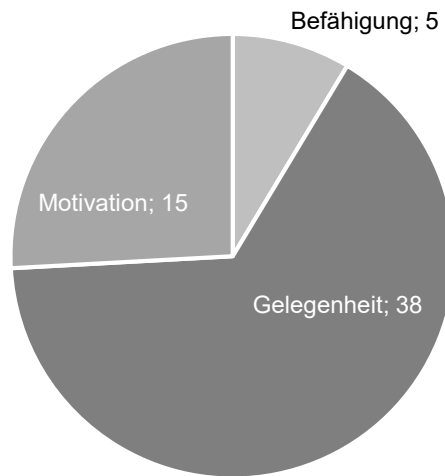
Abbildung 7: Verteilung der als Förderfaktor codierten Aussagen im COM-B-Modell



COM-B = „Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour“

In Abbildung 8 ist die Verteilung der codierten Barrieren im COM-B-Modell ersichtlich. Auf Seite der Förderfaktoren ist die Komponente Motivation stark vertreten. Die Komponente Gelegenheit ist auf Seite der Barrieren am stärksten vertreten.

Abbildung 8: Verteilung der als Barriere codierten Aussagen im COM-B-Modell

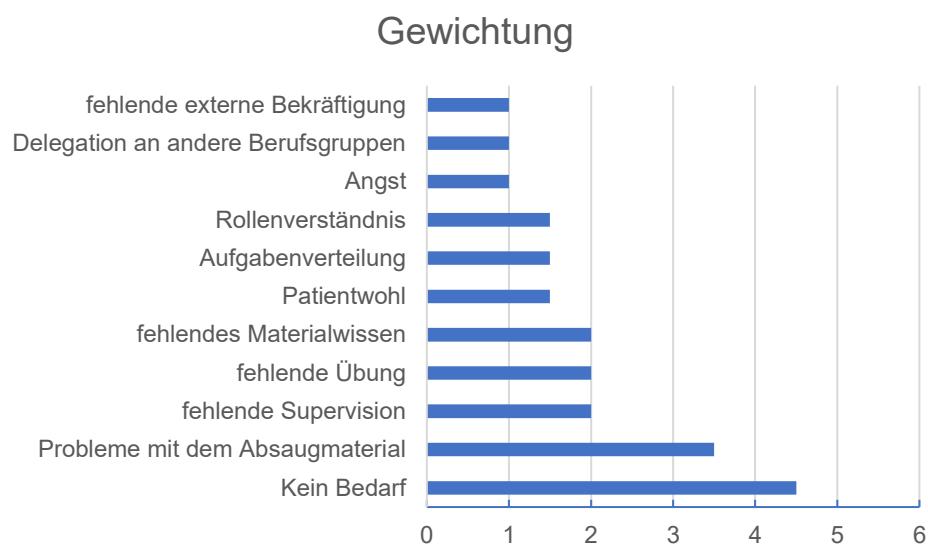


COM-B = „Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour“

5.2.3 Gewichtung

In den Abbildungen 9 und 10 werden die kumulativen Gewichtungen der Sub-Kategorien in der Pugh-Matrix getrennt nach Förderfaktoren und Barrieren aufgereiht.

Abbildung 9: Kumulative Gewichtung der Sub-Kategorien auf Seite der Barriere in der generierten Pugh-Matrix

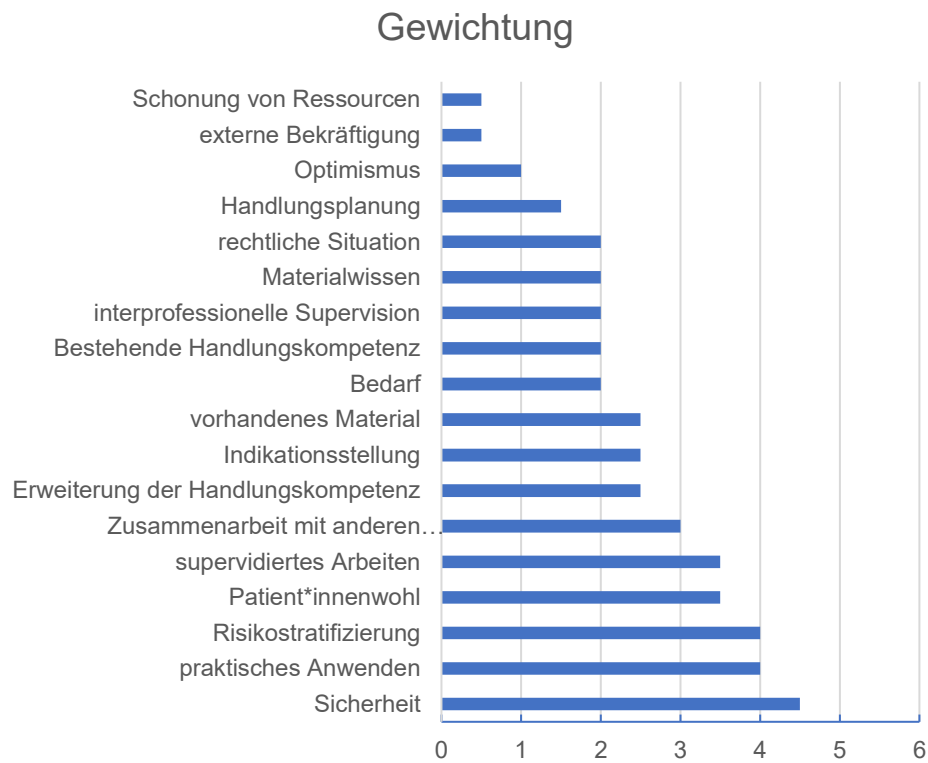


Gewichtung nach den Faktoren: Häufigkeit der Nennung, Divergenz der Meinung, wahrgenommener Einfluss mit einem Maximalwert von je 2,0.

Auf Seite der Barrieren decken sich die Sub-Kategorien mit der höchsten Gewichtung mit jenen, die auch am häufigsten genannt wurden. Erst in den niedrigeren Rängen wechseln die Plätze nach der Bewertung mittels Pugh-Matrix.

Die Sub-Kategorie 'Sicherheit' bleibt auf Seite der Förderfaktoren nach der Gewichtung ebenfalls an erster Stelle. An zweiter bis fünfter Stelle befinden sich nun aber die Sub-Kategorien 'praktisches Anwenden', 'Risikostratifizierung', 'Patient*innenwohl' und 'supervidiertes Arbeiten' vor der Sub-Kategorie 'Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen'.

Abbildung 10: Kumulative Gewichtung der Sub-Kategorien auf Seite der Barriere in der generierten Pugh-Matrix

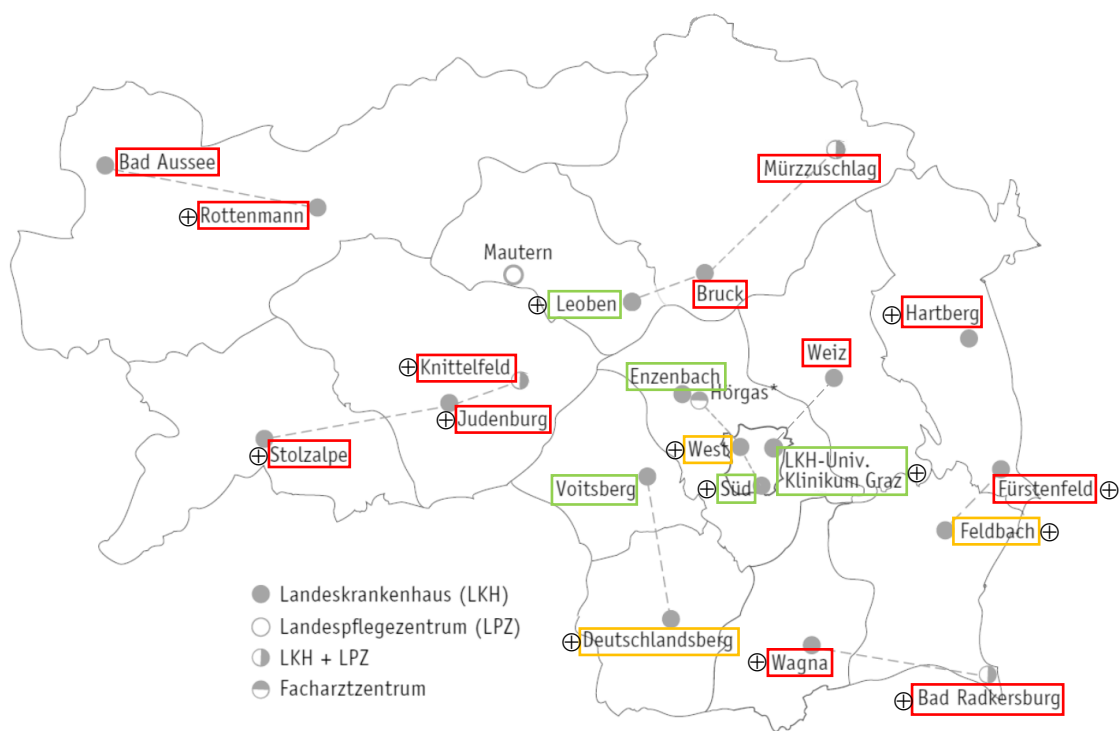


Gewichtung nach den Faktoren: Häufigkeit der Nennung, Divergenz der Meinung, wahrgenommener Einfluss mit einem Maximalwert von je 2,0.

5.2.4 Visualisierung

Anhand der Arbeitsstandortangabe der 218 Teilnehmer*innen der Online-Umfrage, war es auch möglich, einen Überblick über die Verteilung der Absaugkompetenz an den Kliniken der KAGes zu erhalten.

Abbildung 11: Verteilung der Absaugkompetenz von Physiotherapeut*innen an den Kliniken der KAGes – Stand:05.10.24



Legende

- 0 Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz* im Standort
- 1 Physiotherapeut*in mit Absaugkompetenz* im Standort
- ≥ 2 Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz* im Standort
- ⊕ Physiotherapeut*innen mit Fortbildung zum Absaugen ohne regelmäßige Anwendung (gar nicht / weniger als 1 mal pro Woche)

*Absaugkompetenz wurde als eine durchschnittliche Anwendung des Absaugens von 1-5 mal pro Woche oder öfter definiert

Angepasst von Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.; 2023

In Abbildung 11 zeigt sich neben der Verteilung an den einzelnen Standorten, dass sich in den Krankenhaus-Verbunden LKH-Univ. Klinikum Graz, LKH Graz II, LKH Weststeiermark, LKH Hochsteiermark und LKH Oststeiermark jeweils mindestens ein*e Physiotherapeut*in mit erlernter Absaugkompetenz und regelmäßiger Anwendung befindet (36). Zusätzlich zeigt sich, dass in allen anderen Krankenhaus-Verbunden Physiotherapeut*innen arbeiten, die eine Fortbildung zum Erlernen des Absaugens von Atemwegssekret besucht haben oder eine Team-interne Weitergabe erfahren haben. Diese Therapeut*innen gaben jedoch eine seltene oder fehlende Anwendung an.

5.3 Statistik

5.3.1 Hauptforschungsfrage

Um die Alternativhypothese:

*‘Eine gezielte Fortbildungsmaßnahme hat einen messbaren Effekt auf die Anzahl an Physiotherapeut*innen, die regelmäßig Atemwegssekret absaugen.’*

als wahr annehmen zu können, wurde, wie in Kapitel 4.6.1. beschrieben, die nominal kategorisierten Merkmale ‚Absaugkompetenz‘ und ‚Erwerb der Absaugkompetenz durch die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe‘ mit einem Chi²-Test auf Zufälligkeit der Verteilung überprüft.

Tabelle 7. MFK-CRPT-Fortbildung * Absaugkompetenz Kreuztabelle

Anzahl		Absaugkompetenz		Total
		ja	nein	
MFK-CRPT-Fortbildung	ja	14	17	31
	nein	14	173	187
Total		28	190	218

MFK-CRPT = MTD-Fachkarrieregruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie

Tabelle 7 zeigt die Kreuztabelle für den ersten Chi²-Test. Eine durchschnittliche Anwendungshäufigkeit des Absaugens von 1-5 mal pro Woche oder öfter wurde als Merkmal – Absaugkompetenz = ja – gewertet, alle anderen Angaben wurden als – Absaugkompetenz = nein – gewertet. Alle Angaben zum Kompetenzerwerb außer ‚Ja, Fortbildung der MTD-Fachkarriere-Gruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie‘ wurden als – MFK-CRPT-Fortbildung = nein – gewertet.

Der Chi²-Test auf Zufälligkeit der Verteilung ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Besuch der MFK-CRPT-Fortbildung und einer bestehenden Anwendungskompetenz des Absaugens von Atemwegssekret, $\chi^2(1, N = 218) = 33.717, p < .001$. Es wurde weiters eine mittlere Effektgröße berechnet, $\phi = .393, p < .001$. Damit kann die Nullhypothese verworfen werden und die Alternativhypothese als wahr angenommen werden.

5.3.2 Nebenforschungsfrage

Um die Nebenforschungsfrage: „Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Berufserfahrung, Modus des Kompetenzerwerbs und Anwendungskompetenz für das Absaugen von Atemwegssekret in der Atemphysiotherapie?“, beantworten zu können, wurde das nominal kategorisierte Merkmal ‚Absaugkompetenz‘ und das ordinal kategorisierte Merkmal ‚Berufserfahrung in Jahren‘ mit der nominal kategorisierten Kontrollvariable ‚Erwerb der Absaugkompetenz durch die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe‘ mit einem Chi²-Test auf Zufälligkeit der Verteilung überprüft. In Tabelle 8 ist die entsprechende Kreuztabelle dargestellt.

Weder für Teilnehmer*innen der MFK-CRPT-Gruppe ($\chi^2(3, N = 31) = .524, p = .914$), noch für Personen, die nicht an der Fortbildung teilgenommen hatten ($\chi^2(3, N = 187) = 2.284, p = .516$), konnte ein Zusammenhang zwischen dem Bestehen einer Absaugkompetenz und der Berufserfahrung festgestellt werden. Auch unabhängig von der Teilnahme an der Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe konnte kein Zusammenhang festgestellt werden, ($\chi^2(3, N = 218) = 1.262, p = .738$).

Tabelle 8. Absaugkompetenz * Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? * MFK-Kurs Kreuztabelle

Anzahl

		Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie?				Gesamt
		1-3 Jahre	4-6 Jahre	7-9 Jahre	10+ Jahre	
ja	Absaugkompetenz ja	1	3	1	9	14
	nein	2	4	2	9	17
	Gesamt	3	7	3	18	31
nein	Absaugkompetenz ja	3	1	0	10	14
	nein	17	14	7	135	173
	Gesamt	20	15	7	145	187
Gesamt	Absaugkompetenz ja	4	4	1	19	28
	nein	19	18	9	144	190
	Gesamt	23	22	10	163	218

MFK-CRPT = MTD-Fachkarrieregruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine gezielte Fortbildungsmaßnahme einen messbaren Effekt auf die Anzahl an Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz haben. Es handelt sich nicht um einen zufälligen Effekt. Die Anzahl an Therapeut*innen, die eine regelmäßige Anwendung des Absaugens im Rahmen der Atemphysiotherapie angaben, konnte bereits nach 3 Durchgängen der Fortbildungsmaßnahme, von 16 auf 28, beinahe verdoppelt werden. Als individuelle Maßnahme konnte die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe deutlich mehr Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz und regelmäßiger Anwendung ausbilden, als externe Fortbildungen oder eine Team-interne Weitergabe. Zusätzlich konnten weitere 14 Physiotherapeut*innen ausgebildet werden, die zumindest eine seltene beziehungsweise unregelmäßige Anwendung in der Online-Umfrage berichteten.

In Bezug auf die Berufserfahrung konnte kein Zusammenhang zum Bestehen einer Absaugkompetenz gefunden werden, auch unabhängig davon, ob die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe besucht wurde.

Unabhängig davon, ob es nach der Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe zu einer regelmäßigen Anwendung des Absaugens kam, wurden die Kursteilnehmer*innen im Rahmen von Fokusgruppengesprächen nach von ihnen wahrgenommenen Barrieren und Chancen, beziehungsweise Förderfaktoren für die Anwendung, befragt. Dabei zeigte sich, dass vor allem die COM-B Komponente Gelegenheit, genauer die fehlende Indikation zum Absaugen oder Probleme mit dem Absaug-Material die häufigsten Barrieren darstellen. Als größte Förderfaktoren wurden Sicherheit in Bezug auf den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und die gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen identifiziert. Beide identifizierten Förderfaktoren kommen aus der COM-B Komponente Motivation.

Die fehlende Indikation zum Absaugen im Rahmen der Atemphysiotherapie wurde auch in der Online-Umfrage als häufige Barriere für die Anwendung genannt.

6.2 Klinische Relevanz

Das Ergebnis der Studie zeigt, dass eine gezielte Fortbildungsmaßnahme einen eindeutigen Effekt auf die Anzahl an Physiotherapeut*innen mit Kompetenz zum Absaugen im Rahmen der Atemphysiotherapie hat. Die Implementierungsstrategie, wie sie in Kapitel 2.4. beschrieben ist, konnte also eine Optimierung der Patient*innenversorgung erreichen, da nun mehr Physiotherapeut*innen ihre Patient*innen mit eingeschränktem Hustenstoss mit einem aktiven Atemwegs- und Sekretmanagement unterstützen können.

Zusätzlich zu den Therapeut*innen, die nach 3 Durchgängen der Fortbildung bereits von einer regelmäßigen Anwendung berichten, gaben 14 weitere an, das Absaugen zumindest unregelmäßig anzuwenden. Bei Bedarf können diese Therapeut*innen vermutlich über Supervision durch erfahrene Kolleg*innen aus der Physiotherapie oder Pflege mit bestehender Anwendungskompetenz, niederschwellig zu einer adäquaten Routine in der Durchführung von Absaugvorgängen im Rahmen der Atemphysiotherapie herangeführt werden. Diese Annahme basiert unter anderem darauf, dass im Rahmen der Fokusgruppengespräche einer der häufigsten genannten Förderfaktoren die Sicherheit in Bezug auf das eigene Können in der Anwendung des Absaugens genannt wurde. In den Wortmeldungen wurde immer wieder der fundierte theoretische und praktische Hintergrund erwähnt, der durch die Fortbildung der MFK-CRPT-Gruppe generiert wurde. Auf diesem Hintergrund aufbauend, sollte ein Auffrischen der Kompetenz gut möglich sein.

In Bezug auf die Implementierung von neuen Kompetenzen in der Physiotherapie, bieten die Daten aus der Fokusgruppen-Analyse einen weiteren ganz allgemein gültigen Erfahrungswert. Sowohl rein nach Häufigkeit der Nennung als auch nach Gewichtung in einer Pugh-Matrix zeigt sich, dass auf Seite der Förderfaktoren ein fundierter theoretischer Hintergrund, professionelle praktische Instruktion sowie eine anschließende Übungsmöglichkeit wichtig zu sein scheint. Dies sollte, wenn möglich nicht nur durch Üben an Übungspartnern oder Simulationspuppen, sondern durch supervidiertes Arbeiten mit echten Patient*innen und unter Supervision von erfahrenen Instruktor*innen passieren. So können Therapeut*innen neu erlernte Fähigkeiten und Kompetenzen nachhaltig festigen und verfügen auch über den nötigen Hintergrund,

um bereits erlernte Fähigkeiten nach einer längeren Anwendungspause wieder aufzufrischen.

Die häufigsten genannten Barrieren in Bezug auf das Absaugen waren die fehlende Anwendungsindikation und Probleme mit dem Absaugmaterial. An dritter Stelle wurden Probleme mit der interdisziplinären Aufgabenverteilung genannt. Zusammenfassend zeigt sich, dass vor einer Implementierungsmaßnahme vorab eine umfassende Bedarfserhebung durchgeführt werden sollte, um zum Beispiel ein Implementierungsversagen auf Grund einer fehlenden Anwendungsindikation zu vermeiden. In Bezug auf die Materialprobleme, sollte darauf geachtet werden, dass Fortbildungsteilnehmer*innen genau über die materiellen Ressourcen in ihrem Arbeitsumfeld Bescheid wissen. So kann ein Implementierungsversagen auf Grund von materiellen Ressourcenproblemen vermieden werden. Zuletzt scheint eine klare Abklärung der interprofessionellen Aufgabenverteilung in den Teams der Therapeut*innen wichtig zu sein. Diese kann primär Hinweise auf das Bestehen einer Anwendungsindikation geben und zusätzlich auch vorab für mögliche interprofessionelle Konflikte sensibilisieren.

Speziell diese möglichen interprofessionellen Konflikte scheinen vermeidbar, indem möglichst alle Stakeholder des relevanten Ökosystems in die Konzeption einer Implementierungsmaßnahme einbezogen werden. Dabei sollten sie entweder direkt in die Konzeption involviert sein oder zumindest die Möglichkeit für Feedback bekommen. So wurde es auch für diese Fortbildung gehandhabt, indem alle Instanzen der Führungsebenen bis hin zu den ärztlichen und pflegerischen Stationsleitungen informiert beziehungsweise eingebunden wurden.

Aus der geographischen Verteilung der Absaugkompetenz in Abbildung 9 zeigt sich zusätzlich, dass in allen Krankenhausverbunden der KAGes, an denen Intensivstationen lokalisiert sind, auch Physiotherapeut*innen arbeiten, die das Absaugen von Atemwegssekret erlernt haben. An einigen Standorten scheint es, dass die Therapeut*innen jedoch bisher nur unregelmäßig Gelegenheit zur Anwendung des Absaugens gehabt haben.

Die Absolvent*innen des 4. Durchgangs der Fortbildung sollten die Gesamtzahl an Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz, als auch die Standort-bezogene Verteilung, noch weiter komplementieren. Die Aussagen aus den Fokusgruppengesprächen mit den Teilnehmer*innen des 4. Durchgangs präsentierten nur wenige Unterschiede zu denen aus den Durchgängen 1, 2 und 3. Somit ist von einem ähnlichen Implementierungserfolg auszugehen.

6.3 Limitationen

In der Konzeption der Implementierungsmaßnahme, als auch in ihrer Evaluierung in dieser Studie, wurde größtmögliche Sorgfalt auf die Einhaltung von Empfehlungen aus den Implementierungswissenschaften gelegt (38, 50). Auf Grund von limitierten zeitlichen, personellen und monetären Ressourcen, es handelt sich bei der Studie um ein Projekt im Rahmen einer Masterarbeit, bestehen trotz allem Limitationen in Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse.

Diese Limitationen ergeben sich zum größten Teil aus der zeitlichen Einschränkung, die durch die Terminplanung der Fortbildungsdurchgänge resultiert und der dadurch limitierten Auswahl an anwendbarer Evaluierungsmethodik. Grundsätzlich werden Cluster-randomisierte Studiendesigns und auch prä-post Beobachtungen empfohlen. Spezifisch für die Evaluierung der Absaugkompetenz empfehlen Miller et al. mit dem von ihnen entwickelten Bewertungswerkzeug ein Beobachtungssetting (12). Dieses wurde in adaptierter Form für die finale Abnahme der Absaugkompetenz im Rahmen des Fortbildungsabschlusses genutzt. Eine Überprüfung des Implementierungserfolges im Beobachtungssetting im gesamten Krankenhausverbund der KAGes hätte enorme zeitliche, personelle und auch monetäre Ressourcen beansprucht.

Eine Querschnitterhebung mittels Online-Umfrage präsentierte sich bei den gegebenen Ressourcen als am besten umsetzbar. Online-Umfragen präsentieren jedoch unabhängig der genauen Fragestellung inhärente Gefahren für systemische Fehler, die zur Verzerrung der Ergebnisse führen können. Im Fall dieser Studie und in Anbetracht der Rücklauftrate von fast 76%, ist ein starker Effekt einer Stichprobenverzerrung unwahrscheinlich. Die 24% der Grundgesamtheit, die nicht an

der Online-Umfrage teilgenommen haben, eröffnen hingegen die Möglichkeit für eine Verzerrung durch Antwortausfall.

Ein systemischer Fehler, der nur schwer umgangen werden kann, ist die Antwortverzerrung. Besonders wenn Selbsteinschätzungen erfragt wurden, darf die Validität der gegebenen Antworten nicht überbewertet werden. Die Befragung nach der geschätzten durchschnittlichen Anwendungshäufigkeit des Absaugens im Rahmen der Atemphysiotherapie unterliegt besonders dieser Verzerrungsgefahr. Die Antworten der Teilnehmer*innen der MFK-CRPT-Fortbildung könnten zusätzlich einer Mischung aus Zustimmungstendenz-Verzerrung und einer Verzerrung durch soziale Erwünschtheit unterliegen. Dieser Faktor kann trotz der anonymen Befragung nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Reihenfolge der Fragen sollte keinen großen Effekt der Verzerrung gehabt haben. Die Teilnehmer*innen wurden zwar abhängig von ihren Antworten nach einer Verzweigungslogik unterschiedlich befragt, diese Verzweigungslogik wurde aber für alle Teilnehmer*innen gleich angewendet. Zusätzlich war es möglich, zuvor getätigte Antworten zu bearbeiten.

Für die Fokusgruppengespräche gelten die bereits genannten Verzerrungsgefahren, besonders durch Zustimmungstendenz-Verzerrung und einer Verzerrung durch soziale Erwünschtheit.

Die Inhaltsanalyse der Fokusgruppengespräche-Transkripte unterliegt dem Risiko einer Verzerrung durch Wertvoreingenommenheit, da nur eine Person, der Studienautor, die Inhaltsanalyse durchgeführt hat. Dieses Risiko wird häufig durch eine Analyse durch zwei oder mehr unabhängige Personen und ein anschließendes Abgleichen der Analyseergebnisse minimiert. Durch limitierte zeitliche und personelle Ressourcen konnte dieser Schritt nicht gesetzt werden.

Zuletzt muss die aufgestellte Definition für das Bestehen einer Anwendungskompetenz zum Absaugen von Atemwegssekret im Rahmen der Atemphysiotherapie, kritisch betrachtet werden. Sie war nicht durch Angaben aus der Literatur vordefiniert. Entsprechend der Taxonomie nach Bloom, wurde für die Evaluierung des Lernerfolgs der Fortbildungsmaßnahme die Hauptdimension prozedurales Wissen und die Haupt-Prozess-Kategorie „Anwenden“, kurz: „kann das Absaugen erfolgreich angewendet

werden?“, verwendet. Eine bestehende Anwendungskompetenz wurde zusätzlich von einer bestehenden minimalen Anwendungshäufigkeit abhängig gemacht, da als Hauptkomponente für die Entwicklung von professioneller Kompetenz in der Literatur Erfahrung genannt wird. Dabei wird Erfahrung als Produkt einer wiederholten regelmäßigen Anwendung oder Übung definiert (51-53). Die aufgestellte Definition folgt somit den Regeln konventioneller Logik, ist allerdings nicht validiert.

6.4 Ausblick

Diese Evaluierungsstudie zeigt, trotz ihrer Limitationen, dass mit der in Kapitel 2.4. beschriebenen Implementierungsmaßnahme ein positiver Effekt auf die physiotherapeutische Patient*innenversorgung an den Standorten der KAGes erzielt werden konnte. Dieses Ergebnis könnte, in Anbetracht der Größe des beeinflussten Systems, die angewandte Implementierungsstrategie für zukünftige Implementierungsprojekte in der Physiotherapie, besonders in großen Gesundheitssystemen wie Krankenhausverbunden oder Rehabilitationszentren, relevant machen.

In Bezug auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Teil der Atemphysiotherapie geht dieses Projekt mit dem Abschluss des 4. Fortbildungsdurchgangs in die 'Maintenance'- oder Erhaltungsphase über. Hier könnten beziehungsweise sollten Angebote wie Auffrischungseinheiten an Simulationspuppen, Supervisionen, Hospitationsangebote oder auch Instruktionsvideos eine mögliche Intervention darstellen.

Im Verlauf der Erhaltungsphase könnte eine weitere Erhebung der Förderfaktoren und Barrieren für die Anwendung des Absaugens, gegebenenfalls auch in einem interprofessionellen Setting, weitere Aussagen über notwendige Anpassungen ermöglichen. Dabei könnten auch weitere allgemein gültige Hinweise für die effiziente Planung und erfolgreiche Durchführungen anderer Implementierungsmaßnahmen in der Physiotherapie generiert werden. Je nach Fragestellung und Ergebnissen können Aussagen über die notwendige Planung bezüglich theoretischer oder praktischer Fortbildungsinhalte gemacht werden, aber auch über die Interventionen auf das Ökosystem, die notwendig sind, um eine Implementierung zu ermöglichen.

Auch die Entwicklung der Gesamtzahl an Physiotherapeut*innen mit Absaugkompetenz und deren geographische Verteilung an den Standorten der KAGes sollte weiterverfolgt werden, um den Einfluss des 4. und geplanten 5. Fortbildungsdurchgangs verfolgen zu können. Im Rahmen einer solchen Erhebung könnten möglicherweise bereits beginnende Multiplikatoreffekte, also ein Anstieg in der Team-internen Weitergabe der Kompetenz, identifiziert werden.

Letztlich könnte die im Rahmen dieser Studie aufgestellte Definition von Absaugkompetenz im Rahmen der Atemphysiotherapie validiert werden. Dies könnte zum Beispiel durch eine Gegenüberstellung der berichteten geschätzten Anwendungshäufigkeiten und einer Anwendung des von Miller et al. erstellten "PT-CAAS"-Assessment geschehen (12).

7 Literaturverzeichnis

1. Krenek B. Atem-Physiotherapie: Elsevier Health Sciences; 2023.
2. Tronstad O, Martí J-D, Ntoumenopoulos G, Gosselink R. An Update on Cardiorespiratory Physiotherapy during Mechanical Ventilation. *Semin Respir Crit Care Med.* 2022;43(03):390-404.
3. Overend TJ, Anderson CM, Brooks D, Cicutto L, Keim M, McAuslan D, et al. Updating the Evidence Base for Suctioning Adult Patients: A Systematic Review. *Canadian Respiratory Journal.* 2009;16(3):e6-e17.
4. Oczenski W. Atmen-Atemhilfen: Atemphysiologie und Beatmungstechnik: Georg Thieme Verlag; 2008.
5. A'court C, Garrard C. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit: mechanisms and significance. *Thorax.* 1992;47(6):465.
6. Smith MC, Ellis ER. Is retained mucus a risk factor for the development of postoperative atelectasis and pneumonia?--Implications for the physiotherapist. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2000;16(2):69-80.
7. Quinton LJ, Walkey AJ, Mizgerd JP. Integrative Physiology of Pneumonia. *Physiological Reviews.* 2018;98(3):1417-64.
8. Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, Capellari E, Strickland SL. AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respir Care.* 2022;67(2):258-71.
9. Brooks D, Solway S, Graham I, Downes L, Carter M. A survey of suctioning practices among physical therapists, respiratory therapists and nurses. *Canadian Respiratory Journal.* 1999;6:513-20.
10. Jongerden IP, Rovers MM, Grypdonck MH, Bonten MJ. Open and closed endotracheal suction systems in mechanically ventilated intensive care patients: a meta-analysis. *Critical care medicine.* 2007;35(1):260-70.
11. Ciesla ND. Chest physical therapy for patients in the intensive care unit. *Phys Ther.* 1996;76(6):609-25.
12. Miller EK. Assessing the Competence of Physical Therapists who Perform Airway Suctioning with Adults: University of Toronto (Canada); 2021.
13. Pozuelo-Carrascosa DP, Torres-Costoso A, Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Lopez Munoz P, Martinez-Vizcaino V. Multimodality respiratory physiotherapy reduces mortality but may not prevent ventilator-associated pneumonia or reduce length of stay in the intensive care unit: a systematic review. *J Physiother.* 2018;64(4):222-8.
14. Gaubert C. Clinical Guideline: Adult airway suctioning. 2017.
15. Triemstra S, Liang H, Gooder M, Livings N, Spencer A, Beavers L, et al. Updating the evidence: suctioning practices of physiotherapists in Ontario. *Physiotherapy Canada.* 2021;73(2):147-56.
16. Tan CSL, Harrold M, Hill K. A survey of physiotherapy suctioning practices of adult patients in intensive care units in Australia and New Zealand. *Physiotherapy.* 2015;101:e1484-e5.
17. Cross J. A survey of physiotherapists' current practice with closed suction systems in adult patients. *Advances in Physiotherapy.* 2001;3(2):67-75.
18. Leddy R, Wilkinson JM. Endotracheal suctioning practices of nurses and respiratory therapists: how well do they align with clinical practice guidelines? *Canadian journal of respiratory therapy: CJRT= Revue canadienne de la therapie respiratoire: RCTR.* 2015;51(3):60.

19. Branson RD, Gomaa D, Rodriguez D, Jr. Management of the artificial airway. *Respir Care*. 2014;59(6):974-89; discussion 89-90.
20. Nessizius S, Rottensteiner C, Nydahl P. Frührehabilitation in der Intensivmedizin: Elsevier Health Sciences; 2017.
21. Nessizius S, Rottensteiner C, Nydahl P. Frührehabilitation in der Intensivmedizin: interprofessionelles Management: Elsevier Health Sciences; 2023.
22. Endotracheales Absaugen in der Physiotherapie [press release]. Wien: Physio Austria, 05.10.2020 2020.
23. Jongerden IP, Kesecioglu J, Speelberg B, Buiting AG, Leverstein-van Hall MA, Bonten MJ. Changes in heart rate, mean arterial pressure, and oxygen saturation after open and closed endotracheal suctioning: a prospective observational study. *Journal of critical care*. 2012;27(6):647-54.
24. Maggiore SM, Lellouche F, Pignataro C, Girou E, Maitre B, Richard J-CM, et al. Decreasing the Adverse Effects of Endotracheal Suctioning During Mechanical Ventilation by Changing Practice. *Respiratory Care*. 2013;58(10):1588-97.
25. Care AaF. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory care*. 2010;55(6):758-64.
26. Care A. f. R.(2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory care*.55(6):758.
27. Gipsman AI, Lapinel NC, Mayer OH. Airway clearance in patients with neuromuscular disease. *Paediatric respiratory reviews*. 2023;47:33-40.
28. Ambrosino N, Carpena N, Gherardi M. Chronic respiratory care for neuromuscular diseases in adults. *European respiratory journal*. 2009;34(2):444-51.
29. Pape HC, Kurtz A, Silbernagl S. *Physiologie*: Thieme; 2014.
30. FH Joanneum. FH JOANNEUM Gesellschaft mbH; 2024 [Available from: <https://www.fh-joanneum.at/joanneum-academy/seminare-kurse/trachealkanuele-und-endotracheales-absaugen/>].
31. FH Campus Wien. FH Campus Wien - Verein zur Förderung des Fachhochschul-, Entwicklungs- und Forschungszentrums im Süden Wiens; [Available from: <https://www.fh-campuswien.ac.at/studium-weiterbildung/studien-und-lehrgangsangebot/physiotherapie.html>].
32. Traby J. Gesundheitspersonal am Limit: „Es braucht Taten!“ 2021 [cited 2024 02.08.2024]. Available from: <https://www.krone.at/2581954>.
33. Traby J. „5 nach 12“: Personal protestiert vor Spitälern: Krone Multimedia GmbH & Co KG 2024 Muthgasse 2, 1190 Wien; 2021 [cited 2024 02.08.2024]. Available from: <https://www.krone.at/2552379>.
34. Birnbaum TRJ. Spitalspersonal geht um 5 Minuten nach 12 Uhr: Kleine Zeitung GmbH & Co KG; 2021 [cited 2024 02.08.2024]. Available from: <https://www.kleinezeitung.at/steiermark/graz/6056738/Protest-an-Grazer-LKHStandorten-Spitalspersonal-geht-um-5-Minuten>.
35. Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2022: STATISTIK AUSTRIA; 2024.
36. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Unternehmenspräsentation [Presentation]. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.; 2023 [Available from: https://www.kages.at/fileadmin/media/KAGes/Ueber_uns/KAGES_Unternehmenspraesentation_20022023.pdf].
37. Oelke U, Meyer H. Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. 1. Aufl.. ed: Berlin : Cornelsen; 2013. 448 S., Ill., graph. Darst., 24 cm, 2 Beil. p.

38. Hassett L, Wolfenden L. Research Note: Designing implementation trials in physiotherapy. *Journal of Physiotherapy*. 2022;68(3):210-2.
39. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *BMJ quality & safety*. 2005;14(1):26-33.
40. Anderson LW, Bloom BS. A taxonomy for learning, teaching, and assessing : a revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives. Complete , 9. [print.]. ed: New York, NY [u.a.] : Longman [u.a.]; 2010. XXIX, 352 S., Ill., graph. Darst. p.
41. Miller E, Brooks D, Mori B. Using expert consensus to develop a tool to assess physical therapists' knowledge, skills, and judgement in performing airway suctioning. *Physiotherapy Canada*. 2020;72(2):137-46.
42. Miller EK, Beavers LG, Mori B, Colquhoun H, Colella TJ, Brooks D. Assessing the Clinical Competence of Health Care Professionals Who Perform Airway Suctioning in Adults. *Respir Care*. 2019;64(7):844-54.
43. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011;6(1):42.
44. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science*. 2012;7:1-17.
45. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. 2024 [cited 2024]. Available from: <https://www.kages.at/standorte>.
46. McHugh ML. The Chi-square test of independence. *Biochemia Medica*. 2013:143-9.
47. Bussi eres AE, Patey AM, Francis JJ, Sales AE, Grimshaw JM, Team CPP. Identifying factors likely to influence compliance with diagnostic imaging guideline recommendations for spine disorders among chiropractors in North America: a focus group study using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*. 2012;7:1-11.
48. Anekwe DE, Milner SC, Bussi eres A, de Marchie M, Spahija J. Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *Journal of physiotherapy*. 2020;66(2):120-7.
49. Francis JJ, Stockton C, Eccles MP, Johnston M, Cuthbertson BH, Grimshaw JM, et al. Evidence-based selection of theories for designing behaviour change interventions: Using methods based on theoretical construct domains to understand clinicians' blood transfusion behaviour. *British journal of health psychology*. 2009;14(4):625-46.
50. Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, Eldridge S, Grandes G, Griffiths CJ, et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI): explanation and elaboration document. *BMJ open*. 2017;7(4):e013318.
51. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *Jama*. 2002;287(2):226-35.
52. Epstein RM. Assessment in medical education. *New England journal of medicine*. 2007;356(4):387-96.
53. Khomeiran RT, Yekta ZP, Kiger A, Ahmadi F. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International nursing review*. 2006;53(1):66-72.

8 Anhang

8.1 Appendix I

Datenerhebung der, an die Statistik Austria gemeldeten Gesundheitsdaten der Jahre 2021 und 2022 – erhoben unter www.statcube.at am 08.08.2024



Hospital discharges (Q)

Year of discharge and Location of the hospital (federal provinces) by Number of inpatient discharges

Counting: Number of inpatient discharges

Number of inpatient discharges			Number of inpatient
Year of discharge	Location of the hospital (federal)		
2022	Styria		314007
2021	Styria		311234

Symbol Description

Q STATcube – Statistical Database of STATISTICS AUSTRIA
Hospital discharges .) Origin of data Data are provided by the Federal Ministry for
Year of discharge Jahr der Entlassung



Hospital discharges (Q)

Diagnose ICD-10-Kapitel by Year of discharge and Location of the hospital

Counting: Number of inpatient discharges

X Diseases of the	Number of inpatient discharges		Number of
	Year of discharge	Location of the	
	2022	Styria	18687
	2021	Styria	16011

Symbol Description

Q STATcube – Statistical Database of STATISTICS AUSTRIA
Hospital discharges .) Origin of data Data are provided by the Federal Ministry for
Year of discharge Jahr der Entlassung

© Copyright Statistics Austria

8.2 Appendix II



Medizinische Universität Graz
Ethikkommission

Neue Stiftingtalstr. 6 - West, Q/04, A-8010 Graz
ethikkommission@medunigraz.at
Tel.: +43 / 316 / 385-71400

FOLGEVOTUM gültig bis 22.11.2024

EK-Nummer: 36-058 ex 23/24

Studientitel: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

Prüfer: Ao.Univ.Prof.Dr. Sonja Fruhwald
Klin. Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin 2

Sponsor: Med Uni Graz
Ansprechpartner: Ao. Univ. Prof. Dr. Sonja Fruhwald, 8010 Graz, Neue Stiftingtalstraße 6

CRO: -

Antragsteller: Medizinische Universität Graz
Ansprechpartner: BSc Andreas Kuhn

Die o.a. Studie wurde von der Ethikkommission erstmals im 'expedited Review' am 31.10.2023 behandelt. Die Ethikkommission ist zu folgendem Schluss gekommen:

Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie in der vorliegenden Form.

Kommissionsmitglieder, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher gemäß Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung und Abstimmung nicht teilgenommen haben: keine

Zur Beurteilung vorliegende Dokumente:

Dokumente eingegangen am 16.10.2023, begutachtet im 'expedited Review' am 31.10.2023

✓ Cover Letter signiert	16.10.2023
✓ Antragsformular signiert	16.10.2023
Originalprotokoll 1	16.10.2023
Informed Consent Form undatiert	
✓ Conflict of Interest Erklärung Kuhn signiert	16.10.2023
Fragebögen Survey- Absaugen in der Atemphysiotherapie	16.10.2023
✓ CV SI Kuhn signiert	16.10.2023
Sonstiges: Leitfragen- Fokusgruppe	
✓ Sonstiges: Antrag auf Erlass der Bearbeitungsgebühr signiert	16.10.2023

Dokumente eingegangen am 08.11.2023 (in der nächsten Begutachtung mitbegutachtet)

✓ Originalprotokoll 2.0	16.10.2023
✓ Informed Consent Form 2.0	03.11.2023
✓ Fragebögen Survey- Absaugen in der Atemphysiotherapie 2.0	04.11.2023
✓ Sonstiges: EK- Meldeformular, Stellungnahme zur Bearbeitungsmitteilung	04.11.2023
✓ Sonstiges: Leitfragen- Fokusgruppe 1.0	16.10.2023
✓ Antrag Teil B signiert	06.11.2023

EK-Nummer: 36-058 ex 23/24

Votum (03.09.2024)

Seite 1 von 2

Dokumente eingegangen am 10.11.2023, begutachtet im 'expedited Review' am 22.11.2023

✓ Sonstiges: EK-Meldeformular	04.11.2023
✓ Letter of Authorization MUG ohne Auflage	10.11.2023

Dokumente eingegangen am 26.08.2024, begutachtet im 'expedited Review' am 03.09.2024

✓ Originalprotokoll	26.08.2024
✓ Sonstiges: EK Meldeformular	26.08.2024

Datum Erstvotum: 22.11.2023

Die Ethikkommission geht - rechtlich unverbindlich - davon aus, dass es sich um keine klinische Prüfung nach AMG bzw. MPG handelt.

Es handelt sich um eine Studie im Rahmen einer Diplomarbeit.


Das Votum der Ethikkommission berührt in keiner Weise die alleinige Verantwortung der Prüferin / des Prüfers / der Prüfer für die ordnungsgemäße Durchführung der Studie unter Einhaltung aller einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen und Richtlinien.

Weiters machen wir darauf aufmerksam, dass der Kommission unverzüglich zu melden sind:

- Abweichungen vom Protokoll aus Sicherheitsgründen oder Protokolländerungen
- Änderungen, die das Risiko der Teilnehmer/-innen erhöhen oder die Durchführung der Studie wesentlich beeinflussen
- Mutmaßliche unerwartete schwerwiegende Nebenwirkungen - SUSARs (AMG-Studien ab 1.5.2004; Directive 2001/20 EC), SAEs (Verordnung 74/2017 und 746/2107) oder schwerwiegende unerwünschte Ereignisse - SAEs (andere Studien)
- Jegliche Information über sonstige Umstände, die die Sicherheit der Teilnehmer/-innen oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können

Graz, 03. September 2024


Univ. Prof. Dr. Hans Peter Dimai
Vorsitzender


Univ. Prof. Dr. Thomas Griesbacher
Stv. Vorsitzender

Achtung: Bitte bei allen das Projekt betreffende Schreiben oder telefonischen Anfragen die EK-Nummer angeben!

8.3 Appendix III

26.10.24, 13:23

Medical University of Graz - Survey - Absaugen in der Atemphysiotherapie

Absaugen in der Atemphysiotherapie

Willkommen!

in diesem Fragebogen soll durch einmalige Befragung aller Physiotherapeut*innen der KAGes, die Anzahl an Therapeut*innen erhoben werden, die regelmäßig Atemwegssekret absaugen. Die Teilnahme ist vollkommen anonym. Um eine etwaige Absaugkompetenz auch den einzelnen Standorten zuordnen zu können, wird auch der Arbeitsstandort abgefragt. Damit soll die Verteilung der Absaugkompetenz an den steirischen Kliniken und deren Entwicklung abgebildet werden. Außerdem möchten wir untersuchen, ob die Berufserfahrung etwas mit einer etwaigen Absaugkompetenz zu tun hat, daher wird auch diese Information abgefragt. Alle Antworten werden anonymisiert analysiert und nur graphisch bzw. gruppiert dargestellt/wiedergegeben. Es kommt in keinem Fall zu einer isolierten Auswertung einzelner Datensätze!

In dieser Umfrage sind 7 Fragen enthalten.

Fragebogen Absaugen in der Atemphysiotherapie

Arbeitsstandort: *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- LKH-Univ. Klinikum Graz
- LKH Weiz im Verbund LKH-Univ. Klinikum Graz
- LKH Graz II - Standort West
- LKH Graz II - Standort Süd
- LKH Graz II - Standort Enzenbach
- LKH Weststeiermark - Standort Deutschlandsberg
- LKH Weststeiermark - Standort Voitsberg
- LKH Hochsteiermark - Standort Bruck a.d. Mur
- LKH Hochsteiermark - Standort Leoben
- LKH Hochsteiermark - Standort Mürzzuschlag
- LKH Murtal - Standort Judenburg
- LKH Murtal - Standort Knittelfeld
- LKH Murtal - Standort Stolzalpe
- LKH Rottenmann-Bad Aussee- Standort Bad Aussee
- LKH Rottenmann-Bad Aussee- Standort Rottenmann
- LKH Südsteiermark - Standort Bad Radkersburg
- LKH Südsteiermark - Standort Wagna
- LKH Oststeiermark- Standort Feldbach
- LKH Oststeiermark- Standort Fürstenfeld
- LKH Oststeiermark- Standort Hartberg

Wurde eine Absaugkompetenz erworben?: *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja, Fortbildung der MTD-Fachkarriere-Gruppe für kardioresp. Physiotherapie der KAGes
- Ja, externe Fortbildung
- Ja, Weitergabe der Kompetenz im Team
- Nein, keine Absaugkompetenz

Angaben zur Anwendungshäufigkeit

Durchschnittl. Häufigkeit des Absaugens: *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja, Fortbildung der MTD-Fachkarriere-Gruppe für kardioresp.

Physiotherapie der KAGes' oder 'Ja, externe Fortbildung' oder 'Ja, Weitergabe der

Kompetenz im Team' bei Frage '[G01Q03]' (Wurde eine Absaugkompetenz erworben?:)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- gar nicht
- weniger als 1 mal pro Woche
- 1-5 mal pro Woche
- 6-10 mal pro Woche
- mehr als 10 mal pro Woche

Anwendung vor der Fortbildungsmaßnahme

Sie haben angegeben, dass Sie die MTD-Fachkarriere-Absaug-Fortbildung besucht haben und mind. 1-5 mal pro Woche das Absaugen anwenden. Haben Sie das Absaugen im Rahmen der Atemphysiotherapie bereits vor der MTD-Fachkarriere-Absaug-Fortbildung in einer vergleichbaren Häufigkeit angewendet? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja, Fortbildung der MTD-Fachkarriere-Gruppe für kardioresp. Physiotherapie der KAGes' bei Frage ' [G01Q03]' (Wurde eine Absaugkompetenz erworben?:) *und* Antwort war 'mehr als 10 mal pro Woche' *oder* '6-10 mal pro Woche' *oder* '1-5 mal pro Woche' bei Frage ' [G01Q04]' (Durchschnittl. Häufigkeit des Absaugens:)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Hindernisse für eine regelmäßige Anwendung

Sie haben angegeben, dass Sie weniger als 1-mal pro Woche oder gar nicht zur Anwendung des Absaugens kommen. Was waren/sind Hindernisse für eine (regelmäßige) Anwendung?:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'weniger als 1 mal pro Woche ' oder 'gar nicht' bei Frage ' [G01Q04]'
(Durchschnittl. Häufigkeit des Absaugens:)

Wählen Sie alle zutreffenden Optionen

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- kein Absaug-Bedarf im Setting der Atemphysiotherapie
- das Absaugen wird von anderen Berufsgruppen durchgeführt
- fehlende Übung oder Unsicherheit in der Anwendung
- fehlende intrinsische/extrinsische Motivationsfaktoren
- fehlende Ressourcen für Risiko-Stratifizierung

Sonstige Gründe:

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'weniger als 1 mal pro Woche ' oder 'gar nicht' bei Frage ' [G01Q04]'
(Durchschnittl. Häufigkeit des Absaugens:)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Ende der Befragung

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? *

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 1-3 Jahre
- 4-6 Jahre
- 7-9 Jahre
- 10+ Jahre

Ende

Vielen Dank für die Teilnahme! Sollten Sie Fragen zu dieser Umfrage haben wenden Sie sich an



06.10.2024 – 13:21

Senden Sie Ihre Umfrage ein.

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

8.4 Appendix IV

Informed Consent Version 2.0 - 03.11.2023

Studien- und Datenschutzinformation

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer, wir laden Sie ein, an einer Fokusgruppe im Rahmen des Projekts „Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie“ teilzunehmen. Das Projekt hat zum Ziel, den Effekt der von Ihnen besuchten Fortbildung zu evaluieren. Das Projekt soll im Rahmen einer Masterarbeit des Universitätslehrgangs „Master für kardiorespiratorische Physiotherapie“ durch den Hauptprüfer Andreas Kuhn veröffentlicht. Es gibt keine Finanzierung.

1. Zweck und Ablauf der Studie

Hintergrund:

Das Absaugen von Atemwegssekret gehört für Kliniker, die für die Betreuung von Patient*innen mit eingeschränkter Hustkompetenz verantwortlich sind zu den Grundkompetenzen. In einigen wenigen Kliniken der KAGes m. b. H. (KAGes) wird dies auch im Bereich der Atemphysiotherapie entsprechend praktiziert. Um das Kompetenzprofil aller interessierten, besonders im Intensivbereich tätigen, Therapeut*innen innerhalb der KAGes an diese Praxis anzupassen, hat die Fachgruppe für kardiorespiratorische Physiotherapie der KAGes eine Fortbildung konzipiert.

Zweck:

Um den Effekt dieser Fortbildungsmaßnahme zu untersuchen, soll mit Hilfe einer Online-Umfrage, Fokusgruppengesprächen und Dokumentations-Analysen ein Rückschluss auf Kompetenz-Erwerb, Chancen und Barrieren sowie Anpassungsbedarf in der Risikostratifizierung beim Absaugen getroffen werden.

Ablauf:

Die Fokusgruppengespräche, zu denen Sie eingeladen sind, sollen sich mit Chancen und Barrieren für die Implementierung des Absaugens im Setting der Atemphysiotherapie nach erfolgreich absolvierter Fortbildung beschäftigen.

An einer Fokusgruppe werden maximal zwölf Teilnehmer*innen teilnehmen und über die oben genannten Themen diskutieren. Die Dauer einer Fokusgruppe ist mit maximal 1 Stunde angesetzt. Die Fokusgruppe wird direkt im Videokonferenz-Tool Webex aufgezeichnet, um die Verschriftlichung und Auswertung der Aussagen zu erleichtern. Für die Durchführung der Studie in der oben beschriebenen Form liegt eine Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission der Med Uni Graz vor.

2. Kosten, Risiken und vorzeitige Beendigung der Teilnahme

Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

Es gibt keine Risiken, die durch die Teilnahme an Fokusgruppen für Sie entstehen. Jegliche Aussagen über Namen, Orte etc., die Rückschlüsse auf Sie oder andere Personen zulassen, werden im Prozess der Verschriftlichung anonymisiert. Darüber hinaus können Sie jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

3. Datenschutz

Im Rahmen dieser klinischen Studie werden Daten über Sie erhoben und verarbeitet. Es ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer eine Person direkt identifizierbar ist (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Bildaufnahmen...),
- 2) pseudonymisierten personenbezogenen Daten, das sind Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf die konkrete Person zulassen, entweder entfernt, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt oder (z.B. im Fall von Bildaufnahmen) unkenntlich gemacht werden. Es kann jedoch trotz Einhaltung dieser Maßnahmen nicht vollkommen ausgeschlossen werden, dass es unzulässigerweise zu einer Re-Identifizierung kommt.
- 3) anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf die konkrete Person ausgeschlossen werden kann.

Zugang zu den Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (siehe Punkt 1), haben der Prüfarzt und andere Mitarbeiter des Studienzentrums, die an der klinischen Studie oder Ihrer medizinischen Versorgung mitwirken. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors Medizinische Universität Graz sowie Beauftragte von in- und/ oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in diese Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der klinischen Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist. Sämtliche Personen, die Zugang zu diesen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten den jeweils geltenden nationalen Datenschutzbestimmungen und/oder der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Der Code, der eine Zuordnung der pseudonymisierten Daten zu Ihrer Person ermöglicht, wird nur an Ihrem Studienzentrum aufbewahrt.

Für etwaige Veröffentlichungen werden nur die pseudonymisierten oder anonymisierten Daten verwendet.

Im Rahmen dieser klinischen Studie ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU (Drittland) vorgesehen.

Ihre Einwilligung bildet die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

Daten. Sie können die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit ohne Begründung widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser klinischen Studie verarbeitet werden.

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dies die Ziele der klinischen Studie nicht unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt und soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen.

Die voraussichtliche Dauer der klinischen Studie ist vom 15.11.2023 bis zum 31.12.2024. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende oder den Abbruch der klinischen Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in dieser klinischen Studie haben, wenden Sie sich zunächst an Ihren Prüfarzt. Dieser kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Kontaktadressen der Datenschutzbeauftragten der an dieser klinischen Studie beteiligten Institutionen:

Datenschutzbeauftragter der Med Uni Graz:

T: +43 664 88961748

E: datenschutz@medunigraz.at

Sie haben das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at; E-Mail: dsb@dsb.gv.at).

Der Studienverantwortliche Andreas Kuhn nimmt Datenschutz sehr ernst und behandelt Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften.

Die Fokusgruppen finden über das Videokonferenz-Tool Webex statt. Wir nehmen mit der Aufzeichnung nur die Tonspur auf. Diese Daten zählen zu den personenbezogenen Daten, da eine Identifizierung einer Person möglich ist (DSGVO). Die Aufzeichnung ist nur Studienverantwortlichen Andreas Kuhn zugänglich und wird nicht weitergegeben. Die Audioaufzeichnung der Fokusgruppen wird anonymisiert transkribiert, das bedeutet, dass Ihre Aussagen nicht mit Ihrem Namen verknüpft werden und jegliche Aussagen über Namen, Orte etc., die Rückschlüsse auf Sie oder andere Personen zulassen, im Transkript anonymisiert werden. Nach dem Abschluss der Datenauswertung und Einreichung wird die Aufzeichnung entsprechend den Bestimmungen der Med Uni Graz vollständig gelöscht. Die Rechtsgrundlage der Verarbeitung bildet das berechnete Interesse der Wissenschaftler*innen zu Forschungszwecken. Die erhobenen Daten werden nur anonymisiert und aggregiert gegenüber Dritten in Form von Forschungsberichten und Publikationen weitergegeben, ein Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

Informed Consent Version 2.0 - 03.11.2023

Rückschluss auf bestimmte Personen ist daraus nicht möglich. Die anonymisierten Daten werden jedenfalls für die Dauer des Projekts und darüberhinausgehend – soweit sie einer Veröffentlichung zugrunde lagen – zum Zweck des Nachweises guter wissenschaftlicher Praxis für 7 Jahre ab Veröffentlichung (berechtigtes Interesse/rechtliche Verpflichtung aus der Satzung der Universität) bzw. 10 Jahre (berechtigten Interessen gem. Art 6 Abs 1 lit f DSGVO) auf gesicherten Datenträgern verschlüsselt aufbewahrt.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist der Studienverantwortliche Andreas Kuhn, BSc. Bei Fragen zum Umgang mit Ihren Daten stehen Ihnen folgende Kontaktdaten zur Verfügung:

E-Mail:

Tel.:

Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

4. Einwilligungserklärung

Name und Geburtsdatum der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

.....

Ich erkläre mich bereit, an einer Fokusgruppe im Rahmen des Projekts „Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie“ teilzunehmen. Ich bin ausführlich und verständlich über die Studie informiert worden und habe die Studien- und Datenschutzinformation gelesen. Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „3. Datenschutz“ beschrieben, verwendet werden.

.....

Datum & Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

8.6 Appendix V

Version: 1.0 – 16.10.2023

Ca. 5 min pro Frage -> 40 min + 5 min Einleitung. = 45-60 min pro Fokusgruppengespräch
Leitfragen:

1. Vorweg die Frage: Hatten Sie in den letzten 3 Monaten die **Gelegenheit (Opportunity)**, das Absaugen in der Atemtherapie anzuwenden?
2. Welche Ursachen haben Sie erkannt, die euch in der Anwendung gehindert oder gefördert haben? (ganz offene Frage)
3. Wie hat Sie ihr **Wissen** (Knowledge/Memory, Attention and Decision Processes) über den Absaugvorgang (Risikostratifizierung, Monitoring, etc.) bzw. über Atemtherapie im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst?
4. Welchen Einfluss würden Sie Ihren **Fähigkeiten/Skills** in Bezug auf das Absaugen zuschreiben?
5. Wie hat Sie das **interprofessionelle Setting und euer Arbeitsplatz (Social influences, environmental context and recourses)** darin beeinflusst das Absaugen anzuwenden?
6. Welche **motivationalen Faktoren (Motivation)** haben Sie erkannt, die Sie möglicherweise beeinflusst haben?
7. Welche **intrinsischen und extrinsischen Faktoren (Motivation aber auch offen)** haben Sie persönlich darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden?
8. Gibt es abschließend noch Dinge, die Sie ihm Bezug auf die Anwendung des Absaugens anbringen möchten? (ganz offene Frage)

Studie: Der Effekt einer gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz in der Atemphysiotherapie

8.7 Appendix VI

	1	[0:00:00.0] I: Ok, dann darf ich euch alle offiziell begrüßen zum ersten fokusgruppengespräch, der Studie "Der Effekt eine gezielten Fortbildungsmaßnahme auf die Implementierung des Absaugens von Atemwegssekret als Kompetenz der Atemphysiotherapie". Teilnehmerliste werde ich jetzt keine vorlesen, das kann ich nämlich nachher aus den Meetingdaten auslesen. Vielleicht ergänzend unter dem Account C. [0:00:30.0] P. sind D. A., C. P. und dann später auch die Kollegin B. H. anwesend.	
	2	I: Sonst ist es eh alles verewigt wer aller anwesend ist. Genau und unter dem Account A. is die V. [...] anwesend. Genau! Dann starte ich gleich mit der Frage oder den Fragen und [0:01:00.0] wir starten mit der ersten Frage. Frage Nummer 1:	
	3	[0:01:01.5]	
	4	I: Die ihr hoffentlich alle seht, ist eben vorweg die Frage: hattet ihr oder hatten sie in den letzten drei Monaten die Gelegenheit, dass Absaugen anzuwenden?	
Environmental Context and	{	5	x: (Mehrere etwas schwer verständliche Ja-Meldungen)
		6	[0:01:26.7] Gibt es in der Runde auch ein nein oder sind alle dazu gekommen? Gibt es in der Runde auch ein nein oder sind alle dazu gekommen?
- Environmental Context and	{	7	[0:01:31.4] 1: Ich bin nicht dazu gekommen.
		8	[0:01:38.7] I: Dann gehen wir gleich weiter zur Frage 2.: Welche Ursachen haben sie erkannt, die euch in der Anwendung gehindert oder gefördert haben?
- Knowledge/Wissen	{	9	[0:02:00.0] 2: Wenn man die Länge der Kanüle mal nicht wusste und das auch nicht rausgefunden hat weil kein Ersatzteil da war. Aber jetzt haben wir von der A. ja eh die Graduierung. Aber das war sicher mal eine Ursache warum's nicht gegangen ist, bei mir.
Environmental Context ar	{		
Social&Professional role and	{	10	[0:02:36.9] 3: Bei uns hat uns also bei der E. und mir hat eigentlich die B., von der Atemphysio, uns eigentlich sehr gefördert, weil sie ja sowieso schon Atemtherapie bei uns macht und wir mit ihr dann nach dem Kurs auch noch gemeinsam abgesaugt haben. Also das war eigentlich ein Förderfaktor sag ich mal.
Social&Professional role and	{		
		11	[0:02:57.0] I: Ok, C. bitte.
- Environmental Context and	{	12	[0:03:00.9] 4: Ja also ich wollte noch sagen: was mit dem Kurs nix zu tun hat aber, dass auf manchen Stationen beim endotrachealen Absaugen auch keine sterilen Handschuhe zur Verfügung gestanden sind.
- Environmental Context and	{	13	[0:03:16.0] 5: Ja das war...also da melde ich mich auch gleich. Die Utensilien die bereitgelegt sind, auch auf meiner Station wo ich dann abgesaugt hab, waren auch nicht so, dass sterile Handschuhe gleich zur Verfügung gestanden sind. Ja genau, aber sonst war alles gut vorbereitet. Außer vielleicht ja die Kanülen. Man hat eigentlich nicht immer wirklich gewusst welche Kanüle er drinnen hat der Patient, weil oft ein wechsel und da haben wir uns vorher gut schlau machen müssen damit wir dann auch die Absauglänge dann gewusst haben, ja.
- Environmental Context and	{		
		14	[0:04:03.6] I: Okay, danke. Gibt es sonst noch Stellungnahmen zu der Frage?

Social Influences/Soziale El - Social Influences/Sozia	{ {	15	[0:04:12.3] 6: Ja also ich hätte sonst noch...gefördert hat mich sicher die K., weil die K. natürlich aufrufbar war für mich und mit mir mit gegangen ist und wir gemeinsam alle Varianten, die wir gelernt haben ausprobieren haben können. Hinderlich ist ein bissl die Station, die das nicht so gerne gesehen hat, also nicht alle Schwestern, so dafür waren, dass man da quasi das ausprobiert. Das wäre ohne K.'s Anwesenheit nicht möglich gewesen.
		16	[0:04:43.3] 6: Des wars.
		17	[0:04:44.3] I: Super danke.
		18	[0:04:49.8] I: Dann frage ich noch ein letztes Mal ob es noch Wortmeldungen gibt?
- Environmental Context an	{	19	[0:04:55.0] 5: Ah, noch eine Ergänzung, ahm auch die Absaugkatheter. Also die Grösse war eigentlich auch nicht immer optimal wie wir es eigentlich gelernt haben, mit halber...wie sagt man...halbem Durchmesser von der Kanüle das war ah net immer gegeben also die Voraussetzungen waren nicht so wie wir es für ideal...ahm...eigentlich erwartet hätten wir.
		20	[0:05:30.6] I: Super danke! Dann könnt ihr beide die Hände nur wieder runter geben und dann gehen wir glaube ich weiter zur dritten Frage: Wie hat Sie ihr Wissen über den Absaugvorgang - jetzt zum Beispiel Risikomanagement oder Risikostatifizierung, Monitoring etc. - beziehungsweise über Atemtherapie im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst?
		21	[0:06:01.8] 7: A., magst du die Folie bitte nur ausschalten?
		22	[0:06:05.9] 5: Wir sehen noch die zweite Frage. Danke
		23	[0:06:16.6] I: V. bitte, du hast die Hand oben.
		24	[0:06:30.2] I: Seht ihr die zweite Frage jetzt?
		25	[0:06:34.5] 5: Ja, jetzt sehen wir es.
		26	[0:06:40.1] 3: Wir hören dich leider nicht!
Knowledge/Wissen Social&Professional role an	{ {	27	[0:06:44.4] 2: Ah! Jetzt? Ja also mir hat das sicher in der Hinsicht was gebracht, dass ich mich einfach sicherer gefühlt habe. Ich besser gewusst habe wann wirklich zum Absaugen ist, wann es notwendig ist. Ja...und einfach die Kommunikation mit den Schwestern dann auch besser war dadurch. Also das hat mir schon was gebracht.
		28	[0:07:07.5] I: Ok, danke.
		29	[0:07:16.4] I: Ja bitte, die [...].
Knowledge/Wissen	{	30	[0:07:18.5] 3: Ja ahm, also für mich war das [Wissen] schon sehr sehr hilfreich eben, dass man zum Beispiel nicht immer sofort, wenn man irgendwo ein Brodeln hört absaugt, sondern dass man eben das Monitoring auf der Intensivstation überhaupt zu Hilfe nimmt. Wie ist die Atemfrequenz? Wie ist die Sauerstoffsättigung? Hat der Patient einen Stress jetzt damit? Versetzte ich ihn nicht in mehr Stress wenn ich jetzt zusätzlich noch absauge? Ja also ich habe das sehr hilfreich gefunden

Beliefs about Capabilities/P	}	45	[0:11:17.4] 3: Dass wir das am Patienten dann anwenden können. Also einfach die Sicherheit vorher, das noch mal nicht gleich als erstes beim Patienten das zu üben, sondern noch zuerst bei den Dummies [zu üben] und dann das sozusagen...also das hat uns schon....ja Sicherheit gegeben.
		46	[0:11:35.0] I: Danke. Die [...] bitte.
Beliefs about Capabilities/P	}	47	[0:11:40.1] 9: Ja also ich kann das eben auch nur so wiedergeben, dass gerade der praktische Anteil davon für mich sehr wichtig war und wertvoll war, dass ich das dann auch wirklich am Patienten anwenden kann und, dass einerseits Üben an den Dummies aber auch das Mitgehen mit erfahrenen Atemphysiotherapeuten, die das auch unterrichtet haben, da nochmal Sicherheit zu gewinnen, war für mich ausschlaggebend, dass ich das dann auch selbstständig umsetze.
		48	[0:12:10.2] I: Danke! V.
		49	[0:12:16.0] 3: Du müsstest dich wieder laut schalten.
Social Influences/Soziale El	}	50	[0:12:19.3] 2: Ja, bei mir ist's auch so, dass ich Gott sei Dank das Glück gehabt habe, dass ich bei der A. und bei der B. oft auch mitgehen habe können. Und mit ihr gemeinsam...mit ihnen gemeinsam das machen habe können. Also das hat mir sicher viel geholfen. Und auch das natürlich an den...an den Dummies war auch sehr hilfreich. Deswegen fühle ich mich da eigentlich jetzt schon recht sicher, würde ich sagen.
Beliefs about Capabilities/P	}	51	[0:12:42.8] I: Super, danke.
		52	[0:12:55.6] I: Vielleicht springe ich nur ganz kurz zurück? Ach so aus der [...] gibt es eine [Wortmeldung]?
Knowledge/Wissen	}	53	[0:13:00.1] 4: Ja...ich weiß nicht ob das jetzt da so dazu passt aber [ein] Einfluss war auch offensichtlich aufs Pflegepersonal, weil...ahm... ich einen Patienten gehabt habe auf einer Station und die Pflege offensichtlich nicht wirklich oft absaugt, das war ein tracheotomierter Patient, und wo ein Patient mir rückgemeldet hat, dass die Pflege quasi nur auf Sicht absaugt, also vielleicht 1-2 Centimeter in die Kanüle hinein und, dass das zu wenig war.
		54	Und wo ich dann einfach die Kanülenlänge auf ein Klebeband übertragen habe und es hingeklebt habe zu den Absaugern natürlich mit dem Hinweis, dass man immer kontrollieren muss ob es sich immer um die gleiche Kanüle handelt. Ja und somit das der Absaugvorgang auch für die Pflege erleichtert worden ist weil sich die dann auch getraut haben bis zum Kanülenende hineinzusaugen. Genau.
		55	[0:13:55.1] I: Ok, super danke.
		56	I: [0:14:03.6] Gibt's zum Thema Fähigkeiten,Skills, praktische Fähigkeiten noch Wortmeldungen?
		57	[0:14:16.2] I: Dann würde ich jetzt hier nur vielleicht ganz kurz für die B. die ersten paar Fragen nur kurz durchgehen, dass Sie da eventuell noch eine Wortmeldung dazu geben könnte, falls eine da ist, weil wir eh gut in der Zeit sind. Die erste Frage war ganz offen: ob du in den letzten drei Monaten Zeit hattest, oder die Gelegenheit hattest, das anzuwenden das

		Absaugen?
		58 [0:14:38.3] 10: Also erst einmal entschuldigung, dass ich erst jetzt dazu komme. Ich habe auf der Intensivstation einen kleinen Akutfall gehabt. Ahm...ich hab in den letzten 3 Monaten wenig Gelegenheit gehabt, es hat sich einfach nicht so oft ergeben. Beziehungsweise habe ich tatsächlich oft die Situation gehabt, dass ich im Rahmen von meiner Atemtherapie trotzdem gerne die Pflege dazugenommen hab. Nichtsdestotrotz finde ich es trotzdem ein sehr sehr wertvolles Tool um vor allem in Notfallsituationen eben die Gelegenheit haben zu können. Und ich habe auch die Hoffnung, dass wir in Zukunft durch vermehrte Physio-Physio Co-Therapien, auch das mehr gemeinsam machen können. Aber eben genau zu der Frage es sich bei mir nicht so oft ergeben, aber einige Male schon.
- Environmental Context	}	
- Intentions/Intentionen		
	}	
Goals/Ziele		
		59 [0:15:22.1] I: Dann gehe ich gleich weiter zu Frage 2. Die hast du eigentlich eh auch mitbeantwortet. Falls dir doch was anderes zu der Frage einfällt gerne, sonst gehe ich weiter zu Frage 3.
		60 [0:15:37.2] 10: Nein passt eigentlich so ja.
		61 [0:15:39.8] I: Genau, dann ist hier Frage 3 noch ganz schnell...ähm...wie hat Sie ihr Wissen über den Absaugvorgang, Risiko, Monitoring etc. bzw. über Atemtherapie im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst?
	}	
Beliefs about Capabilities		
Beliefs about Consequenc		62 [0:15:56.5] 10: Naja nachdem ich zuvor gar nicht abgesaugt habe, war das für mich eigentlich so...das was unbedingt notwendig war, dieses Wissen im Hintergrund damit ich mich selber sicher fühle und ein sicheres Setting für den Patienten gestalten zu können. Also für mich ist das unbedingt notwendig gewesen, damit ich das überhaupt machen kann. Ahm in der Atemtherapie eben hat sich jetzt davor nicht viel geändert aber dann um das Sekret da sicher bergen zu können habe ich jetzt das Tool, das ich vorher nicht gehabt habe. Die Risikostratifizierung, das Monitoring und so weiter, also das ist für mich, in Bezug auf das Absaugen alles neues Wissen gewesen.
	}	
Skills/Fähigkeit		
Knowledge/Wissen		
		63 [0:16:38.5] I: Super danke, dann gehen wir jetzt gemeinsam zu Frage 5 über. Das ist eh schon angesprochen worden aber ich wiederhole trotzdem die Frage noch mal: Wie hat sie das interprofessionelle Setting und euer/ihr Arbeitsplatz darin beeinflusst das Absaugen anzuwenden?
		64 [0:17:02.0] 3: Magst du die Folie noch...ah...sichtbar sichtbar machen.
		65 [0:17:15.5] I: V. bitte. Du musst wieder das Stummschalten aufheben.
	}	
Social Influences/Soziale		
Beliefs about Capabilities		66 [0:17:26.3] 2: Ähm also bei mir war es so, dass die Pflege eigentlich immer recht dankbar war, wenn ich...äh...abgesaugt hab. Deswegen war es für mich eigentlich gleich mal klar, dass ich das mache. Und ich hab das natürlich besprochen mit denen. Und...ähm...ja dann ist das eigentlich recht dankbar angenommen worden. Bei mir. Bis jetzt.
Reinforcement/Bekräftigung		
		67 [0:17:47.3] I: Super danke. Dann machen wir die [...] als nächstes.
	}	
- Social Influences/Soziale I		
		68 [0:17:58.4] 1: Also ich bin ja noch nicht dazu gekommen, dass ich das anwende aber das ist teilweise...ähm...weil die Akzeptanz auf den Stationen noch nicht so ganz gegeben ist von Seiten der Pflege und ich hoffe, dass das halt dann noch besser kommuniziert wird, dass das nicht so ein...ähm...Wow-Erlebnis ist und teilweise wo es gut kommuniziert ist und wo das hinhaut da ist schon auch Dankbarkeit da von der Pflege

		weil es ja auch...ah...eine Entlastung ist.
	69	[0:18:31.0] I: Danke. Machen wir die [...].
Social Influences/Soziale El	70	[0:18:41.0] 4: Also ich habe eine sehr hohe Akzeptanz erfahren auf den...also auf der [Stationsbezeichnung] war das hauptsächlich und eben auf der [Stationsbezeichnung], dass also die die Pflege eigentlich....überhaupt auf der Intensivstation...die immer gesagt habe: "Ja ihr habt's es jetzt eh gemacht!" und "Ja sicher mach!" und "Tu du!" und es war gott sei Dank bei uns echt ein....ist gut vorbereitet worden glaube ich auch. Aber wir haben ja auch das Glück gehabt A., dass wir mit dir auf der [Stationsbezeichnung] waren um dort praktisch zu üben. Und das hat natürlich die Pflege mitbekommen, dass wir da gut eingeschult worden sind.
Social Influences/Soziale		
Social Influences/Soziale El	71	[0:19:21.1] 10: Ich würde mich da gleich noch anschließen. Also ich habe sehr sehr positive Erfahrungen gemacht. Bei uns auf Intensivstation sowohl [Stationsbezeichnung] als auch [Stationsbezeichnung], weil das Team dort vor Ort einfach...ahm...in diesen Entstehungsprozess auch mit eingebunden war. Die das mitkriegt haben. Diese Schulung steht an. Wir machen diese Schulung. Sogar eben ja ein Kollege von der Pflege bei uns als Vortragender war, also die waren da einfach involviert und haben das von vorn herein voll akzeptiert und von denen kommt auch jetzt oft die Wortmeldung so in die Richtung: "du kannst das ja jetzt!", "du machst das!". Also ich hab auch die Möglichkeit gehabt, supervidiert von der Pflege, dann abzusaugen. Also das ist wirklich ein super Zusammenarbeit.
Social Influences/Soziale El		
	72	[0:20:02.7] I: Danke. Dann machen wir als nächstes die A.
Social Influences/Soziale El	73	[0:20:07.3] 6: Ja bei mir war eben aufgrund anfänglicher Skepsis...ah...haben sie es dann nachher irgendwann einmal akzeptiert bzw. ist das ganze dann übergangen in wirklich positives zusammenarbeiten mit einigen Schwestern. Ein paar mögen es natürlich noch immer nicht aber wenn man mit ein paar zusammenarbeitet war eigentlich immer eine positive Rückmeldung. Und jetzt haben wir auch Gott sei Dank: "Jetzt haben wir eine zweite Hand dabei!" oder "Können wir das gemeinsam machen?" oder ja...einfach die Zusammenarbeit mit der Pflege verbessern. Also das sieht der Großteil der Pflege schon so. Aber wirds warhscheinlich immer ein paar geben, die da dagegen sind. Aber für mich eigentlich trotzdem positive Rückmeldungen.
	74	[0:20:46.1] I: Super, danke! B. und E..
Social&Professional role an	75	[0:20:50.3] 3: Ähm...bei uns war es eigentlich überhaupt kein Problem...also auf der Intensivstation auf der [Stationsbezeichnung]. Erstens weil die B. schon...ahm...eine Zeit lang absaugt, im Rahmen der Atemtherapie, und auch von der Leitung her, von der S. also von der Pflege und von der ärztlichen Seite war klar: Physios dürfen absaugen.
Social&Professional role an		
	76	[0:21:09.3] 8: Ist positiv angenommen worden, ja. Dank der Vorarbeit von der B. natürlich auch...aber...kommt sehr gut an!
	77	[0:21:18.0] I: Super, danke! Dann frage ich noch mal kurz ob es zu der Frage noch Wortmeldungen gibt, aber ich glaube es haben sich nämlich eh alle gemeldet und würde dann einfach zur nächsten Frage weitergehen.
	78	[0:21:43.8] I: Welche motivationalen Faktoren haben sie erkannt, die Sie

		möglicherweise beeinflusst haben?
	79	[0:22:00.6] I: Gibt es zum Thema Motivation Wortmeldungen?
	80	[0:22:11.2] I: Ja, B. und E..
	81	[0:22:12.9] 8: Du meinst jetzt: In Bezug auf motiviert zu sein abzusaugen während der Atemtherapie?
	82	[0:22:19.7] I: Genau könnte man so auslegen ja.
Beliefs about Capabilities/P	83	8: Also ich muss [0:22:21.4] sagen ich bin ja eigentlich eingesprungen für diesen Kurs und habe mich nicht so viel mit Absaugen und so beschäftigt, aber durch diesen Kurs ist mir wirklich komplett die Angst genommen worden also Ich bin jetzt dermaßen motiviert abzusaugen, also es macht auch Spaß weil eben die Angst da war und ich mich gar nicht ausgekannt habe in dem Bereichen und durch die praktische Übung.....ja hat mich sehr motiviert!
Beliefs about Capabilities/P		
	84	[0:22:49.2] I: Super danke. Von der [...] eine Wortmeldung?
Beliefs about Consequenc	85	[0:22:54.2] 9: Ja also für mich war es einfach auch im Rahmen von atemtherapeutischen Tätigkeiten bei machen Patienten...wie soll man sagen...sehr sehr positiv und hat mich motiviert abzusaugen. Oder umgekehrt hat mich teilweise auch motiviert atemtherapeutisch mit manchen Patienten mehr zu machen, wenn ich nicht auf andere Berufsgruppen, die das für mich übernehmen, angewiesen war. Also das hat mir da auf jeden Fall das erleichtert und sowohl das Absaugen..ahm...vielleicht zusätzlich motiviert, aber auch eben andere atemtherapeutische Massnahmen.
Social&Professional role		
	86	[0:23:27.8] I: Super danke. V.?
Social&Professional role an	87	2: [0:23:31.9] Ah..ja ich bin eigentlich auch sehr motiviert beim Absaugen. Weil ich einfach das jetzt selber steuern kann. Ich muss nicht mehr die Pflege fragen wenn nach meiner Atemtherapie sich was mobilisiert hat. Sondern das eben selber mir einteilen und ich finde das ist einfach einfacher. Also...mir hat das schon viel gebracht, ja. Genau.
	88	[0:23:51.8] I: Super, danke! A.?
Knowledge/Wissen	89	[0:23:55.8] 6: Ja bei mit war...motivierend war grundsätzlich mal der ganze Kurs den ihr gemacht habt, weil dadurch dass das Hintergrundwissen gekommen ist, die Praxis...ah...Möglichkeit, die wir bei euch gehabt haben...ist die Motivation innerlich bei mir natürlich auch mehr gestiegen, dass man das bei den Patienten anwendet. Grundsätzlich die innere Motivation war schon immer da und jetzt mit der Sicherheit ist es einfach dann leichter gewesen.
Beliefs about Capabilities/P		
	90	[0:24:17.1] I: Super danke. Dann noch die Med.
Beliefs about Capabilities/P	91	[0:24:20.8] 5: Also bei mir ist es auch so. Die Motivation habe ich immer gehabt aber es war halt..ah..die Voraussetzungen waren schwieriger weil, so wie die Kollegin vorher gesagt hat, weil man...irgendwie ein bisschen abhängig von der Pflege war, dass jemand bereit steht, dass jemand absaugt. Das fällt jetzt also eigentlich weg und...ähm...eben das Üben an den Dummies hat mir eigentlich so ein bisschen...ja eigentlich viel Sicherheit gegeben weil man da nicht überlegen muss. Also man kann keinen Schaden anrichten. Man kann wirklich Üben. Man hat die

<p style="color: orange;">Emotion</p> <p style="color: purple;">Beliefs about Capabilities:</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p> <p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>erfahrenen Kollegen dabei, die einen da...wie sagt man....leiten oder auch...ahm...Situationen vielleicht...ahm...ansprechen, die vorkommen können. Wir haben ja die praktischen...wir haben praktisch üben können am Patienten. Also das ganze hat mir eigentlich viel Sicherheit gegeben, dass ich ohne Scheu eigentlich beim Patienten das auch hab machen können, mhm. Und ich war eben unabhängig davon, dass ich warten muss oder...ähm..., dass dann in dem Fall, wenn es soweit ist, dass abgeasugt werden muss, dass jemand zur Verfügung steht und das gibt dann schon so grosse Sicherheit...ähm...,dass man das von Anfang bis zum Schluss eigentlich sicher anfangen und abschliessen kann.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>92 [0:25:55.4] I: Danke! A. du hast noch die Hand oben? War noch alt. Dann frage ich da nur noch mal ganz kurz ob es danach Wortmeldungen gibt? Sonst würde ich zur nächsten Frage weitergehen.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>93 I: [0:26:13.8] Okay, dann gehen wir zur nächsten Frage weiter. Welche intrinsischen und extrinsischen Faktoren haben Sie persönlich darin beeinflusst das Abfragen anzuwenden? Da haben wir jetzt eh schon viel gehört, aber vielleicht gibt es noch was, was ein bisschen offener formuliert sozusagen auch noch ein Faktor war.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>94 [0:26:47.8] I: Ja, B. und E.</p>
<p style="color: purple;">Social&Professional role an</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>95 [0:26:50.6] 3: Ich weiß jetzt nicht ob in- oder extrinsisch das Ganze ist aber...ahm...wenn man Atemtherapie macht ist es einfach eine Zeitersparnis und auch aus praktischen Gründen, dass man dann einfach gleich selber absaugt ohne, dass man jetzt die Pflege extra herholen muss...äh...sie extra bitte muss ob sie jetzt bitte absaugen können und man mag ja dann doch irgendwie seine Arbeit fertig..ahm..machen. Von dem her war das einer von den Faktoren warum ich abgesaugt habe eigentlich.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>96 [0:27:20.3] I: Danke sehr. Die [...].</p>
<p style="color: purple;">Beliefs about Capabilities/P</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>97 [0:27:24.3] 4: Ja ich finde auch. Es hat für mich immer...ähm..das extrem gefehlt, wenn ich eine Atemtherapie gemacht habe und dann kann ich die Therapie nicht beenden, weil für mich das einfach zum Ende dazu gehört. Wenn da Sekret mobilisiert wurde, dass man das irgendwie auch entfernen kann und ich das Sekret auch beurteilen kann weil ich das ja für meinen atemtherapeutischen Befund wichtig ist....ahm...das war...eh jahrelanger Wunsch von mir...cool, dass es endlich hingehaut hat.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>98 [0:28:00.1] I: Danke.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>99 [0:28:08.3] I: Dann die [...]?</p>
<p style="color: blue;">Beliefs about Consquenc</p> <p style="color: red;">Knowledge/Wissen</p>	<p style="font-size: 2em;">}</p> <p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>100 [0:28:11.5] 9: Was für mich auch ein gewisser Faktor war ist...ah...ohne jetzt die Kompetenz von anderen Berufsgruppen da hinterfragen zu wollen...aber..ah...einfach zu bemerken, dass eventuell...beim Patienten der der besonders sensibel reagiert. Da die Risikofaktoren und das Monitoring gut im Auge zu haben, hat mir gewisse Sicherheit auch im Patienten-Interesse gegeben wo ich gedacht habe, dass mit dieser Ausbildung man vielleicht sogar manchmal besser geeignet ist abzusaugen, als Leute, die nicht so eine strukturierte Ausbildung genießen haben können.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>101 [0:28:53.2] I: Danke.</p>
	<p style="font-size: 2em;">}</p>	<p>102 [0:29:01.8] I: Mhm, die [...] nochmal.</p>

- 103 [0:29:05.2] 5: Also ich finde auch...ich kann...ich kann auf diesen auf diesen Kurs oder auf die Ausbildung zurückgreifen, dass ich sage ich habe das jetzt bei erfahrenen Kollegen gelernt und ich weiß was ich tue. Und ich habe das sozusagen schriftlich. (lacht) So gesehen. Was nicht wirklich ausschlaggebend ist aber...ja doch eine Rolle spielt weil in meiner Ausbildung vor 30 Jahren war das noch nicht Inhalt. Und ich finde das wichtig, dass in meiner...in meiner Generation die Möglichkeit besteht, dass wir das auch machen können..ja weil jetzt ist es ja in der Ausbildung dabei. Mhm.
- 104 [0:29:53.8] 10: Wenn ich da gleich einhaken darf? Es ist zwar in der Ausbildung drinnen, aber ich finde es trotzdem wichtig, dass das in Krankenhäusern nochmal gemacht wird, weil wenn man dann im Krankenhaus am Patienten arbeitet, vor allem auf Intensivstationen aber auch auf Normalstationen, ist das nochmal ganz was anderes wie das was im Curriculum von der FH [Fachhochschule] drinnen ist. Also ich finde das sehr sehr wichtig, dass das trotzdem gemacht wird.
- 105 [0:30:16.7] 5: Gut, dass du das sagst, ja.
- 106 [0:30:20.9] I: Super danke ja! Dann frage ich noch einmal in die Runde ob es zu der Frage noch Wortmeldungen gibt? Sonst...ähm..werden wir zur letzten Frage übergehen....so die hat sich auch aktualisiert. Gibt es abschliessend noch Dinge, die sie in Bezug auf die Anwendung des Absaugens anbringen möchten? Das heißt, jetzt könnte ihr noch mal alle Wortmeldungen loswerden, die sonst noch nicht abgefragt worden sind. Was euch vielleicht in Bezug auf die Fortbildung oder auch in Bezug auf die Anwendung in eurem klinischen Alltag noch am Herzen liegt.
- 107 [0:31:13.8] I: Ja, [...]?
- 108 [0:31:16.4] 4: Ja ich wollte nur den einen Fall erzählen ,dir habe ich es eh schon erzählt A., sagen was vielleicht den anderen auch noch nicht klar war...was bei mir vorgekommen ist: das auf einmal der Patient..ahm...ohne Kanüle nur mit dem Stoma-Loch eigentlich da war und gesagt hat: "Eigentlich, kannst du bitte da mal eini saugen?" - also gesagt...ja...und ja da weiß man dann natürlich nicht wie weit...wo saug ich denn da jetzt hin? Und mir dann der Pfleger von der Intensivstation gesagt hat: "Ja nimm einen a-traumatischen Sauger.", obwohl die ja auch sehr hart sind. Und ich habe dann nur auf Sicht gesaugt. Aber das ist vielleicht auch noch was was man in die Ausbildung als kurzen input mit hineinnehmen könnte. Das es auch das gibt. Ich hoffe das war jetzt für alle verständlich was ich meine.
- 109 [0:32:06.3] I: Danke!
- 110 [0:32:07.6] 7: Genau da kann ich mich dann auch noch einbringen. Ich hab ja auf der FH die Ausbildung schon gehabt. Oder halt dabei gehabt das Absaugen aber es ist halt nicht zu vergleichen mit dem was wir jetzt gemacht haben, weil man dort nicht gelernt haben, dass es verschiedene Kanülen gibt. Dass es verschiedene Absaugtiefen gibt und ich das schon wichtig finde, dass man das noch vertiefend macht auch wenn man es in der Grundausbildung dabei gehabt hat.
- 111 [0:32:34.3] I: Danke!

- Environmental Context and

- Beliefs about Consequen

- Emotion

- 1 [0:00:00.0] **S1:** Das ist natürlich nicht sinnvoll, wenn ich auch Sturmschäden. So, jetzt hat sie mich aber, oder? Okay, Danke. Gleich die erste Frage vorweg und ich bin immer per Sie, weil die Fragen per Sie formuliert sind. Hatten Sie in den letzten drei Monaten oder in dem Fall in den letzten vier Monaten die Gelegenheit, das Absaugen in der Atemtherapie anzuwenden? Und da jetzt dann bitte Handzeichen, genau! Darf ich dann das LKH [...] um eine Wortmeldung bitten.
- 2 [0:00:30.9] **S2:** Wir? Ja.
- 3 [0:00:32.5] **S3:** Ja, wir haben die Möglichkeit gehabt abzusaugen und das auch sogar mehrfach. Also ich bei mehreren Patienten.
- 4 [0:00:41.0] **S1:** Super, Vielen Dank. Ja. (...) Da die Kollegen aus...E. und Ch. (...) Ja stumm schalten müsst ihr euch noch äh freimachen, bitte. (...)
- 5 [0:00:56.1] **S4:** Also ich hatte heute einmal die Gelegenheit abzusaugen, aber sonst eher selten, muss ich ehrlich sagen.
- 6 [0:01:03.1] **S1:** Aber vereinzelt ist es vorgekommen?
- 7 [0:01:05.8] **S4:** Genau.
- 8 [0:01:07.4] **S2:** Bei mir ist es ähnlich. Wir haben immer eine Diplomschwester beim Mobilisieren dabei und die saugt dann in der Regel ab. Aber ich hatte die Gelegenheit, habe es auch gemacht, aber es ist nicht unbedingt notwendig.
- 9 [0:01:21.3] **S1:** Danke. (...)
- 10 [0:01:28.0] (...)
- 11 [0:01:32.3] **S6:** Ja, in meinem Fall war es auch ähnlich. Ich habe der K. einige Male über die Schulter schauen können oder sehr viel. Aber es waren zwei sehr heikle Patienten, wo ich's ganz ehrlich dann ein bissl schwer gehabt habe. Ja, und dann, wie es soweit war, ist der Patient. Wie es soweit war, dass das Handling gepasst hätte. War der Patient, dann ist der Patient verlegt worden. (...)
- 12 **S1:** J. wie war es bei dir, bist du zum Absaugen gekommen?

- Environmental Context an

- 13 [0:02:01.2] [0:02:05.8] **S7:** Bei mir ist es gegangen. In Ambulanz und auch Tracheostoma, ja.
- 14 [0:02:09.6] **S1:** Ja, okay. Super. Danke. Und dann noch als Letztes, die S.
- 15 [0:02:16.2] **S8:** Ja, ich hab leider nicht die Möglichkeit gehabt, weil ich jetzt in der Allgemeinstation arbeite, und wir derzeit keine Patienten haben, die zum Absaugen sind.
- 16 [0:02:26.0] **S5:** Okay, super.
- 17 [0:02:26.9] **S8:** Das sollte sich ändern, weil ich jetzt auf intensiv wieder komme.
- 18 [0:02:30.2] **S1:** Okay, wunderbar. Super. Okay, dann können bitte E., Ch. und auch LKH [...] die Hände nur wieder runter geben, dass ich weiß, dass eine neue Meldung ist. Und damit kommen wir schon zur zweiten Frage.
- 19 [0:02:42.7] **S1:** Ähm.
- 20 [0:02:43.3] **S1:** Welche Ursachen haben Sie erkannt, die euch in der Anwendung gehindert oder gefördert haben? (...) Ja, E., Ch. ihr habt die Hand oben, wollt ihr gleich was sagen? (...) Wieder die Stummschaltung aufheben, bitte. (...)
- 21 [0:03:05.2] **S2:** Äh, eine Behinderung war jetzt, dass wir gerade nicht graduierte Absauger haben. Und bei den Patienten ich dann einfach das Thema hab, dass ich dann mit der Länge nicht zurechtkomme. Und die Schwestern pfeifen da einfach drauf und stecken halt einfach eini'. Und dann hab ich mich dezent zurückgehalten.
- 22 [0:03:23.1] **S4:** Ja, das. Genau, also das muss.
- 23 [0:03:23.7] **S4:** Ich auch sagen. Also ich habe das dann mal angesprochen, wie das denn so ist, dass man das eben ganz, ganz so wie...wir das eben gelernt haben und naja, man wird dann etwas argwöhnisch angeguckt und die Schwestern lassen sich dann ungern, sage ich mal da...beraten, sind beratungsresistent oder sagen naja,

- Environmental Context an

Environmental Context ar Memory, Attention and Di	}		also...ja. Ansonsten war die Ursache heute zum Absaugen in erster Linie natürlich vom Hören her. Also der Patient hat einfach gebrodelt wie verrückt und. (...) Auch an der Sättigung hat man dann gesehen, dass das...,dass das eben notwendig war.
		24	[0:03:57.4] S1: Okay, ja, super, Danke. (...) Dann LKH [...].
Social&Professional role an	}	25	[0:04:03.8] S3: Also uns hat gefördert, dass bei uns der rechtliche Hintergrund geklärt wurde und auch strukturell von der Primar Seite das jetzt offiziell erlaubt ist. Und dann gleichzeitig auch mit den Pflegeleitenden das besprochen wurde und dass eigentlich auf der Station jetzt flächendeckend von den Schwestern ab dem ersten Tag so hingenommen wurde, dass diejenigen, die diese Absaug-Schulung besuchen, das machen dürfen. Negative Faktoren haben wir eigentlich jetzt derzeit keine gehabt. (...)
		26	[0:04:41.2] S1: Okay. Danke!
		27	[0:04:43.6] S1: Gibt es von der [...] oder auch ähm S. von dir eine Wortmeldung dazu?
- Environmental Context an	}	28	[0:04:50.9] S8: Ja, gehindert hat mich die fehlenden Patienten dazu. Genau.
Social&Professional role an	}	29	[0:05:01.8] S6: Also in unserem Fall ist die Akzeptanz eigentlich auch am ersten Tag....flächendeckend eigentlich da gewesen, was natürlich den Vorteil hat das natürlich die K. bei uns im Team ist. Also von dem her ist es nicht...also ist meine Nichtanwendung nicht daran gescheitert, sondern...ja es sind wirklich zwei sehr komplexe Patienten...wo...ja vielleicht auch für mich das Hindernis war, dass ich ja nicht nur im Atembereich arbeite, dass sie damit nicht jeden Tag bei dem Patienten dabei sein konnte, weil ich halt auf anderen Stationen anderes Patientengut behandle. Es ist so...dieses Timing war vielleicht auch nicht immer....war vielleicht auch manchmal ein Hindernis. Und ja, ich habe mir fest vorgenommen, beim nächsten Patienten, der geeignet ist, wirklich das besser zu planen.
- Beliefs about Consquer	}		
		30	[0:05:56.1] S6: Um helfen zu können.
Social&Professional role an	}	31	[0:06:02.0] S7: Ja, bei mir ist das gut gegangen. Ich bin in der Ambulanz,

Social&Professional role an

weil die Akzeptanz schon gegeben ist.

32 [0:06:14.5] S1: Ja....muss ich mich auch wieder entmuten. Dann kommen wir, glaube ich, gleich zur nächsten Frage aus. Es brennt jetzt hier jemand noch was auf der Seele? Ähm.

33 [0:06:25.7] S1: In dem Fall zur...

34 [0:06:26.5] S1: Drei. Ähm...Wie hat Sie Ihr Wissen über den Absaug-Vorgang jetzt Risikostratifizierung, Monitoring etc. bzw über Atemtherapie im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst? Ja, bitte das LKH [...].

Knowledge/Wissen
Beliefs about Capabili
Memory, Attention and
Knowledge/Wissen
Skills/Fähigkeit
Beliefs about Consequences)

35 [0:06:57.1] S3: Also das Wissen hat uns zwei so weit beeinflusst, dass man sich sicherer fühlt und vor allem auch in der Argumentation, wann man es tut und wie man es tut, im Zuge der Physiotherapie, hat uns da sehr geholfen, dass das Wissen recht umfassend...ah....gegeben wurde. Und im Zuge der Absaug-Schulung wir auch die Möglichkeit gehabt haben, das mal praktisch in Form von einer Hospitation zu probieren. Und das war dann halt für uns Sicherheit einfach. Dieses Wissen gibt Sicherheit beim Tun.

36 [0:07:31.9] S1: Ja, Super. Danke.

37 [0:07:37.5] S1: Ja, bitte. E., Ch.?

38 [0:07:39.7] S2: Ja, also bei mir ist es auch so, ich habe davor ja vor der Schulung mich geweigert, irgendwie in jeglicher Form abzusaugen. Ähm, und jetzt, wo ich einfach weiß, wie es sich gehört und wie gesagt, den Hintergrund habe, traue ich mich das auch. Auch diese rechtliche Absicherung war für mich ein Thema. Die.

Knowledge/Wissen
Beliefs about Consequenc

39 [0:07:58.9] (...)

40 [0:08:00.4] (...)

41 [0:08:03.3] S2: Wir sind ähnlicher Meinung (zu S3).

42 [0:08:05.4] S3: Ja.

43 [0:08:08.1] S1: Super. Danke.

Beliefs about Consequences)	{	44	[0:08:14.4] S6: Ich bin ähnlicher Meinung ja. Die rechtliche Absicherung oder das Hinterfragen, dass man immer das Gefühl hat, man tappt irgendwo im Dunklen. Generelles Monitoring etc., dass...man geht schon mit anderen Augen auf die Intensivstation, das hat auf jeden Fall bewirkt. Dank eurer guten, ja sehr guten....
		45	[0:08:37.6] S6: Aufbereitung und...
Skills/Fähigkeit	{	46	[0:08:40.3] S6: Hospitationen. Das gibt auch Sicherheit, wenn man...wenn man das immer wieder. (..) in Assistenz machen kann.
		47	[0:08:50.8] S1: Hm. Super. Danke.
Optimism/Optimismus	{	48	[0:08:53.7] S8: Sorry, ich hab leider noch nicht abgesaugt jetzt, aber ich bin mir auch einfach sicherer, für mich da. Ja, ich habe vorher überhaupt keinen Zugang dazu gehabt und ich denke, wenn ich jetzt dann auf die Intensiv wieder komme, dass ich da mit einer Sicherheit das machen kann und ja...und auch diese rechtliche Sicherheit vor allem, ist ein großer Faktor...genau.
Beliefs about Consequenc	{	49	[0:09:18.3] S1: Okay. Super. Danke. (..) Dann kommen wir zur vierten Frage Welchen Einfluss würden Sie Ihren Fähigkeiten Skills, jetzt vor allem im praktischen Sinn, in Bezug auf das Absaugen zuschreiben? (...)
		50	[0:09:41.6] S3: Wie ist es genau zu verstehen kannst du da ein Beispiel...?
		51	[0:09:44.8] S1: Ja, also im Sinne von...ähm..wie haben euch quasi die...die praktischen Skills, die ihr gelernt habt, dabei beeinflusst, dass ihr jetzt das Absaugen anwendet? (6) Jetzt bei der Vorfrage war man eher so in dieser theoretischen Ebene, wo es eben um das Wissen ging und jetzt geht es um die praktische Handhabung. Bitte LKH [...]. (..)
		52	[0:10:13.1]
Beliefs about Capabilities:	{	53	[0:10:13.5] S2: Ja man traut es sich zu, weil wir es praktisch geübt haben. (..) Also auch die Hospitation hat uns sehr oder mir sehr geholfen. (...)
Skills/Fähigkeit	{	54	[0:10:26.1] S1: Okay. Danke. Dann E., Ch. (..)

	Skills/Fähigkeit	55	[0:10:30.9] S2: Ja, also, ich finde, dass (...) nach dem Üben, dass man einfach sagt Ich habe das schon gemacht. Ich stelle mich selbstbewusst dazu....
		56	[0:10:45.2] S1:Entschuldige E., kannst du nochmal von vorne beginnen? Da war jetzt ein Computer drinnen. (...)
Beliefs about Capabilities	Skills/Fähigkeit	57	[0:10:51.5] S2: Mir hat es geholfen, vom Selbstbewusstsein her, das einfach nach der Schulung auch mit dem Üben an den Dummies, dass es selbstverständlich ist, dass man dann im Rahmen der Atemtherapie, Mobilisation dann einfach absaugt, weil man einfach selbstbewusst weiß: Ich weiß, wie das geht, ich weiß, was ich da tue und deswegen sind die Skills jetzt einfach besser. Es ist komplett da.
		58	[0:11:13.6] S4: Wie eine Hemmschwelle war einfach da, wo man sagt: nee, da greife ich gar nicht hin und wieder. Durch eben dieses praktische Anwenden....ja... ist man sicherer (...)
Beliefs about Consequenc	Skills/Fähigkeit	59	[0:11:24.4] (...)
		60	[0:11:25.2] (...)
		61	[0:11:26.7] S1: Super. Danke. (..)
		62	[0:11:30.2] S1: Ja, bitte.
		63	[0:11:30.8] S1: Die [...].
	Skills/Fähigkeit	64	[0:11:33.4] S6: Ja auch für uns dasselbe. Der Aufbau war super. Zuerst am Dummy, dann in der...in...zum Mitgehen der Praxis mit euch, also von dem her, wird man schrittweise herangeführt. (...)
		65	[0:11:48.2] S1: Super. Danke. (..)
		66	[0:11:52.1] S1: S., hast du dazu noch eine Wortmeldung? (..)
Beliefs about Consequences)		67	[0:11:56.3] S8: Ja, ich habe leider ja nicht so viel Erfahrung. Aber eben auch das Mitgehen war einfach super. Ich habe mir damals, wo wir mitgegangen sind, zu den Patienten, sehr unsicher gefühlt. Aber die Unsicherheit ist mir eigentlich total genommen worden und das habe ich angenehm gefunden. Genau.

- 68 [0:12:15.2] **S1:** Super. Danke. LKH [...] ihr habt die Hand noch oben. Ist das noch zu der Wortmeldung oder ist das nur noch ein Überbleibsel? Ist noch ein Überbleibsel, Okay. Gibt es zu der Frage noch Wortmeldungen? Aber eigentlich haben sich jetzt schon alle gemeldet. Dann gehen wir gleich weiter zur nächsten Frage. (...)
- 69 [0:12:38.1] **S1:** (...)
- 70 [0:12:38.9] **S1:** Hängts? Seht ihr schon die fünfte Frage oder noch die vierte? (...) Ist schon die fünfte? Okay, super. Dann ist es nur bei mir am zweiten Laptop die Internetverbindung abgeschmiert. Okay. Wie hat sie das interprofessionelle Setting und euer Arbeitsplatz darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden? (...)
- 71 [0:13:05.5] [0:13:36.5] **S2:** Kann ich da gleich was dazu sagen? Die Pflege war durchaus begeistert, dass wir das jetzt auch können, auch wenn es die Pflege immer noch...weiß ich nicht...schneller macht oder (im Hintergrund: "und routinierter")...die ist ja auch dabei beim Mobilisieren. Und wenn ich jetzt den Patient mobilisiere und am Patienten bin, dann hat sie einfach zwei Hände frei zum Absaugen. Also vom...vom Ablauf her ist die Pflege einfach immer dabei. Aber Sie finden es gut, dass wir grundsätzlich das auch können. Und das ist jetzt. Wir sind eigentlich auf keine Gegenwehr gestoßen.
- 72 **S4:** Eher positives Feedback, ja. Wobei es gibt so ein, zwei Schwestern, die möchten das halt lieber allein machen. Es gibt immer so ein paar Ausnahmen, aber eigentlich....
- 73 [0:13:45.1] **S2:** Grundsätzlich ganz froh, dass wir das auch können.
- 74 [0:13:50.2] **S1:** Super, danke.
- 75 [0:13:51.8] **S2:** wie gesagt ein paar gibt es die wollen es lieber selber machen.
- 76 [0:13:54.1] **S4:** Was ab und zu halt ist, ne? Was ab und zu sicherlich ist...wie gesagt..., dass man nicht immer das...so wie ich es eben gelernt habe...das alles zur Verfügung steht, was wir brauchen. Das ist eben nicht immer der Fall und da muss man noch mal fragen und dann....die eine Schwester hilft, die andere schaut einen dann eher so ein bisschen

genervt an, also da muss man sicherlich dann doch, sage ich mal, so ein bisschen den gesunden Mittelweg finden. (..)

77 [0:14:17.9] S1: Ja, Super. Danke. Dann darf ich gleich LKH [...] bitten. (..)

78 [0:14:24.4] S6: Ja, was mir oder uns aufgefallen ist, dass auch das interdisziplinäre, dass wir sowohl die Ärzte als auch die die Pflege ein bisschen wieder zum Nachdenken oder genauerem Absaugen, glaube ich angeregt haben oder die das vielleicht nicht so genau gemacht haben also oder unsere Skalierungen oder K.'s Skalierungen. Das ist, glaube ich, sehr positiv angekommen. Natürlich kann man nicht immer alle für alle sprechen, aber ich glaube.

79 [0:14:58.5] S7: Ähm, ja, das ist, glaube ich, ganz gut.

80 [0:15:02.5] S6: Mir kommt vor, dass es jetzt generell genauer gemacht wird.

81 [0:15:06.6] S7: Ich finde auch, ja.

82 [0:15:08.5] S6: Bei den Schwestern merken wir oder ihr...

83 [0:15:12.8] S7: Ja, genau, genau.

84 [0:15:16.2] S6: Auch wenn sie es nicht zugeben vielleicht...

85 [0:15:17.5] S7: Mhm.

86 [0:15:19.5] S6:...bringt es sie dann doch...

87 [0:15:21.0] (...)

88 [0:15:22.1] S6: auch in ihrer Berufsgruppe zum Nachdenken.

89 [0:15:26.6] S1: Okay, Super. Danke. Jetzt aber das LKH [...] (..)

Social Influences/Soziale El

}

90 [0:15:31.4] S3: Also bei uns ist es so, dass eben, wie bei den anderen, die Pflege das sehr offen aufgenommen hat, gar keine Gegenwehr gezeigt hat und eher froh sind, wenn wir das in unserer Physiotherapie übernehmen und das interprofessionelle Setting ist: Von unseren Logopäden ist es auch sehr positiv aufgenommen worden, dass wir das

Social&Professional role an

}

Social&Professional role an

jetzt machen und hat uns ein bisschen näher mit ihnen in die Diskussion gebracht. Und es gibt jetzt eine zweite Möglichkeit, quasi Dinge, die vielleicht verändert werden sollten für den Patienten über zwei Berufsgruppen an Ärzte und an Entscheidungsträger heranzubringen und das besser und standhafter zu argumentieren, als wenn es nur eine Berufsgruppe so sieht. (..)

91 [0:16:15.5] S1: Super. Danke.

Social Influences/Soziale El

92 [0:16:17.4] S8: Ja. Also ich kann nur von den Kollegen ein bisschen berichten, was Sie mir gesagt haben. Ähm. Vor allem auf der [Stationsbezeichnung] ist es sehr positiv aufgenommen worden, weil wir immer einen Pflegemangel haben und das einfach für sie eine Erleichterung ist. Wenn man jetzt nicht jedes Mal, wenn man den Patient ins Querbeet setzen, wieder rufen müssen...Läuten...Genau.

93 [0:16:39.5] S1: Super, Danke. (...)

94 [0:16:44.6] S1: Dann kommen wir zur nächsten Frage. (...) Welche motivationalen Faktoren haben Sie erkannt, die Sie möglicherweise beeinflusst haben? (..) Ich sehe bei E., Ch. und beim LKH [...] noch die Hand oben. Ist das noch eine Altlast, oder? (..)

95 [0:17:11.0] S1: Danke.

96 [0:17:11.7] S3: Wir überlegen noch grad. (...)

97 [0:17:16.0] S1: E.. Ch., Habt ihr schon was? (...) Also eben bei motivationalen Faktoren geht es eben auch um interne externe Motivation. Was ihr selber motiviert, da aktiv zu werden? Haben ihr von extern eine Motivation bekommen, aktiv zu werden in Bezug auf das Absaugen? (...)

98 [0:17:41.7] (...)

- Environmental Context an

99 [0:17:43.7] S2: Die Motivation kommt nur von einem selbst. Bei uns, wie gesagt, ist das Setting so, dass beim Mobilisieren, egal was wir am Patienten machen, die zuständige Diplomschwester da ist und auch dabei bleibt. Wir haben auch Kreislauf-instabile Patienten. Das ist jetzt nicht so, dass wir das immer alleine machen, aber die Motivation muss

- Reinforcement/Bekräftigung

von einem selber kommen und zu sagen, und das habe ich auch so gemacht: Er sagt, es ist jetzt zum Absaugen oder wann wirst du ihn das nächste Mal Absaugen, wenn es halt eine geplante Absaugung war, dass ich gesagt habe: "darf ich das machen und bist du dabei?" Und mit manchen Schwestern, Pflegern geht das super, aber es ist die eigene Motivation schon. Es ist nicht so, dass die Schwester uns animiert hat: "Geh mach da das jetzt." Das kommt schon von einem selber, weil die Schwester machts gleich automatisch routiniert. Und dann muss man sagen: "Du, bitte, darf ich jetzt, Du bist eh dabei. Kontrollieren mich, sag mir, wenn es nicht passt." So, aber die Motivation kommt von innen. (..)

100 [0:18:42.2] S4: Genau.

101 [0:18:44.2] S1: Danke. Super. Dann LKH [...].

Beliefs about Consequences

102 [0:18:47.6] S3: Also bei uns war ein Faktor sicher, dass wir, wenn wir mit Patienten in isolation arbeiten, bei uns dann die Pflege nicht im Zimmer ist und das natürlich dann immer schwierig war, wenn ein Patient abzusaugen ist und man quasi die Rufglocke betätigt und sich jetzt erst jemand isolieren muss, um das Zimmer zu betreten. Dass das einfach oft sehr lange Phasen waren, wo das schon für einen Patienten durchaus sehr unangenehm gelaufen ist. Und zweiter Faktor war einfach, dass man dadurch jetzt in der Physiotherapie doch den Zeitpunkt des Absaugens besser wählen kann und für den Patienten oft schonender wählen kann, als wie wens jetzt quasi, wie es schon oft beschrieben ist, der Ablauf von anderen Berufsgruppen halt anders aussieht. Und das kann man dann einfach besser mitsteuern. Das waren so unsere Faktoren, dass wir gesagt haben, wir wollen das selbst erlernen und dann auch durchführen.

Beliefs about Consequenc

103 [0:19:42.2] (...)

104 [0:19:44.2] S1: Super. Danke. (..)

105 [0:19:47.4] S8: Ich kann da jetzt leider nichts beitragen zu dieser Frage, weil eben noch keine Erfahrung habe.

106 [0:19:52.6] S1: Okay, super, danke. Gibt es da von der [...] eine Wortmeldung dazu? (...)

10/14

- Environmental Context
- Social Influences/Sozial

107 [0:19:59.3] S6: Ja, ich denke mir die Motivation ist immer das Ding. Der Punkt, dass man das selber...den Zeitpunkt bestimmen muss und kann, wann man das eben macht, wann man das tut. Und da fehlt es mir noch an... (..) Patienten oder an Mitgeherfahrung, dass ich an dem Punkt bin: "So, jetzt mache es ich aber.... (..) Weil ich auch immer das Gefühl habe, dass die Pflege, dadurch, dass sie das jahrelang und tagtäglich, stündlich oder...in gewissen Rythmen macht, mehr Erfahrung und das besser unter Anführungszeichen macht...aber die Motivation ist...das habe ich vorher gemeint..idnem man halt...also die K., die das auch immer wieder anbietet...geh mit und tu und das nächste Mal tue du. Also das ist ja was auf der Intensivstation, wenn halt ein Pflegepersonal da ist, dass es nicht negativ entgegen kommt. (...)

108 [0:20:58.2] S5: (unverständlich)

109 [0:21:03.2] S6: Die Motivation muss von mir selber kommen. Das verstehe ich total und das ist auch so.

110 [0:21:07.9] S7: Ja.

111 [0:21:08.8] S6: Gemeint in meinem Kopf.

112 [0:21:10.9] S1: Ja, super, Danke.

- Skills/Fähigkeit
- Environmental Context

113 [0:21:13.5] S6: Das Patientengut dazu muss man halt haben, dass man die Erfahrung sammelt und Sicherheit kriegt. Das ist eigentlich so, wenn man jetzt nicht nur auf einer Intensivstation arbeitet und viele....wir haben ganz viel ambulante Patienten und ganz viel rundherum, was schön ist an dem Job, aber es ist halt ein Teilbereich. Und ja, da braucht es halt ein bisschen mehr Zeit, um um genügend Erfahrung zu sammeln (Rest ist unverständlich).

114 [0:21:35.6] S7: Mhm (...)

115 [0:21:39.7] S1: J., darf ich da bei dir spezifisch nachfragen? Weil du musst sowieso eben viel absaugen. Zum Beispiel auch immer wieder in der Ambulanz. Hat sich da bei dir von der Motivation was verändert im Sinne von, dass du dir denkst, "jetzt muss ich da schon wieder absaugen", dass du gelassener an das heran gehst oder so in der Richtung.

- 116 [0:21:56.7] S7: Ich habe eigentlich kein Problem damit, dass ich muss absagen, bei [...]. Ich habe keine Probleme. Das läuft gut. Ja.
- 117 [0:22:04.8] S1: Super.
- 118 [0:22:05.4] S1: Passt. Danke. (...) Dann können wir damit, glaube ich, schon zur vorletzten Frage kommen. (...) Welche intrinsischen und extrinsischen Faktoren haben Sie persönlich darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden? (...) Das ist eine sehr abstrakte Frage. Vielleicht gleich einlenken? Da geht es einfach wirklich allgemein: Was hat sie jetzt noch in euch drinnen oder von extern erlebt, was jetzt vielleicht noch nicht erwähnt worden ist, was euch irgendwie gefördert oder gehemmt hat? (...)
- 119 [0:22:43.0] S5: Ja, bitte. Ch.?
- 120 [0:22:45.3] S2: Ja, die intrinsischen Faktoren ist nur: diese eigene Sicherheit und selbst...das Selbstbewusstsein nach dem Kurs, dass man einfach weiß, wie es geht. Was ist richtig, was ist falsch. Das ist der wichtigste intrinsische Faktor abzusaugen. Und bei extrinsischen Faktoren habe ich eher...ist es eher ein Faktor, warum ich nicht abgesaugt habe: Das war eher das: nichtgraduierte Absaug-Katheter oder das Setting war schwierig. Die...die zuständige Schwester, Pfleger wollte das selber machen. Also da habe ich eher extrinsische Faktoren, die mich abhalten vom Absaugen. So würd ich das jetzt sehen. Bei mir. (...)
- 121 [0:23:26.8] S5: Super. Danke. (...)
- 122 [0:23:32.5] S1: Das LKH [...].
- 123 [0:23:35.3] S3: Also extrinsische Faktoren hätte ich bei mir keine gehabt, die irgendwie dazu beigetragen hätten, dass man da es mehr oder weniger macht. Das waren eher die intrinsischen Faktoren, dass man eben selber...die...das...die richtigen Skills besitzt und das richtige Wissen darüber, dass man es auch anwenden kann und sich darin sicher fühlt. Das ist bei mir der intrinsische Faktor, wo ich sage: das hat mich gefördert, dass ich es dann auch täglich und als Normalität mache.
- 124 [0:24:06.6] S1: Okay. Super. Danke. (...)

Beliefs about Capabilities/P

- Environmental Context an

- Beliefs about Consquen

- Environmental Context

Skills/Fähigkeit

Knowledge/Wissen

Beliefs about Capabili

Beliefs about Consequences/

125 [0:24:11.1] **S8:** Bei mir ist glaube ich der Fall dann bei bestimmtem Pflegepersonal, dass ich manchen gar nicht zuschauen kann, wenn die Absaugen und das dann lieber selber mache, weil ich ja jetzt eben die Sicherheit durch diese Schulung bekommen habe und ja...und die der Meinung bin, dass ich da ein bisschen vorsichtiger und korrekter das ausführe. Genau.

126 [0:24:37.8] **S5:** Super. Danke. (...)

127 [0:24:43.1] **S1:** Gibt es dazu von der [...] noch etwas? (...)

Environmental Context and

128 [0:24:54.3] **S7:** Eigentlich mache ich es immer, wenn es notwendig ist. In der Ambulanz ist, wichtiger, was man die Sputumprobe....und dann Intensiv auch wenn es notwendig ist. Jja.

129 [0:25:06.8] **S6:** Bei euch ist es ja gar nicht mehr die Frage...es ist sowieso ein Arbeitsgebiet, wo das sowieso etabliert ist, die Physiotherapie.

130 [0:25:16.5] **S7:** Ich komme und ich mache. (lacht)

131 [0:25:19.8] **S1:** Genau. Ja und K. bei dir sonst noch irgendwas, was du nicht eh schon gesagt hast?

132 [0:25:25.7] (unverständlich)

133 [0:25:31.0] **S1:** Okay. Danke.

- Environmental Context and

134 [0:25:32.7] **S6:** Genau genau es fehlt mir einfach an Patienten. Ja....

135 [0:25:38.0] **S1:** Okay. Super. Ja.

136 [0:25:40.0] **S1:** Ah...kommen wir zur allerletzten Frage. Wir sind super in der Zeit. (...) Eh...was wir jetzt schon eigentlich hatten aber: Gibt es abschließend noch Dinge, die Sie in Bezug auf die Anwendung des Absaugens anbringen möchten? Also jetzt wirklich ganz allgemein? Im Grunde genommen schon so wie die letzte Frage. Aber falls noch irgendwas dagewesen wäre, was ihr..euch noch...loswerden wollt. (...)

137 [0:26:14.5] **S2:** Ich würde sagen, es gibt nichts mehr zu sagen. Wenn Fragen sind, wissen wir, wenn wir erreichen können und wo wir fragen

13/14

können. Und ansonsten ergibt sich auch dann viel wieder in der Praxis.

138 [0:26:28.1] S1: Super ja, danke.

139 [0:26:30.2] S1: LKH [...] hat die Hand oben. (...)

140 [0:26:34.7] S3: Normalerweise ist es bei Kursen oft so, dass man sehr viel Theorie lernt. Bei dem Kurs war es praktisch ein großer Teil und das hat dann irgendwie dann das Gefühl vermittelt, dass man derzeit so bei den Patienten, die man im normalen Alltag gehabt haben, kein Problem gehabt haben und deswegen auch nicht irgendwie eine Notwendigkeit sehen, noch mehr in einem Kurs dann gesehen oder gehört zu haben. Und bei Spezialfällen, wie schon gesagt wurde, kann man sich dann an die Richtigen wenden. (..)

141 [0:27:04.1] S1: Super. Danke. (...) Passt. (..)

142 [0:27:16.3] [0:27:52.1] (...)

Environmental Context and

{

- 1
- 2
- 3 **S1:** Gleich vorweg die erste Frage: Hatten Sie in den letzten drei Monaten die Gelegenheit, das Absaugen anzuwenden? Machen wir es bitte wieder mit dem Hand-hoch-Format. Das hat letztes Mal gut funktioniert. (...) Ja, S., bitte.
- 4 [0:00:22.5] **S2:** Also ich habe auf jeden Fall die Möglichkeit gehabt, sowohl auf der Intensivstation als auch auf der Neurologie und Internen und bin sehr gut damit zurechtgekommen.
- 5 [0:00:34.7] **S1:** Super, Vielen Dank. (...) B., I..
- 6 [0:00:39.8] **S3:** Nein.
- 7 [0:00:42.0] **S4:** Kurz und knackig. In den letzten drei Monaten habe ich nicht die Gelegenheit gehabt. Aber eben weil mein Absaug-Kurs ein bisschen her ist. Davor habe ich es ein oder zweimal gemacht.
- 8 [0:00:54.5] **S1:** Okay, Super. Danke. (...)
- 9 [0:00:59.1] **S4:** Hörst du mich? Ich muss leider sagen, wie wir das das letzte Mal gemacht haben, Hätte ich gesagt. Auf jeden Fall: Ja. Weil da haben wir gerade aktuell viele Patienten gehabt. Leider im Moment ein bisschen ruhiger, also...ja, in letzter Zeit nicht so oft.
- 10 [0:01:02.4] (...)
- 11 [0:01:03.3] (...)
- 12 [0:01:14.8] **S1:** Aber du bist zumindest seit der Fortbildung dazu gekommen?
- 13 **S4:** Ja natürlich.
- 14 **S1:** Aber es ist natürlich immer bedarfsorientiert.
- 15 [0:01:21.0] **S4:** Aber es ist allgemein auf der Intensivstation ruhiger und dadurch eben nicht so. Aber wie gesagt, davor bin ich schon regelmäßig

1/11

dazu gekommen und es wird bei uns auch sehr gut angenommen, vor allem von den Schwestern.

16 [0:01:32.8] S1: Super! Danke. (...) Die zweite Frage. Welche Ursachen haben Sie erkannt, die sich in der Anwendung gehindert oder gefördert haben? (...) Starten wir wieder mit dlr S.? (...)

Social Influences/Soziale EI

17 [0:01:54.1] S2: Sehr förderlich war auf jeden Fall bei uns....ahm...die Zusammenarbeit mit den...mit der Pflege auf der Intensivstation. Die waren schon vorbereitet, dass diese Schulung jetzt stattfinden wird und dass sich da was verändert. Haben das eigentlich sehr positiv aufgefasst und waren dann sehr hilfreich. Zum einen im Erfassen, welches Equipment im Haus zur Verfügung steht. Aber dann natürlich auch am Patienten. Und die waren sehr interessiert daran, wie wir das lernen im Kurs. Und haben das verglichen mit dem, was sie gelernt haben. Und dann haben wir gemeinsam ein bisschen überlegt, was ist gut, was ist schlecht, wie, wie, wie macht man es? Also das war sehr hilfreich und auch die Zusammenarbeit mit unseren Logopäden, denn wir sind ohnehin ein großes Therapieteam in [...] und haben nicht nur was das Absaugen angeht, viel Kontakt unter den Berufsgruppen und da war es sehr, sehr hilfreich für die Kanülen-Geschichten. Vor allem, weil das die Logopäden bei uns im Haus sehr, sehr gut betreuen.

18 [0:03:05.8] S1: Super, danke.

- Beliefs about Conquer

- Emotion

19 [0:03:07.4] S2: Und vielleicht noch kurz das nicht so förderliche. Das war glaube ich auch gefragt, oder? (...) Das ist eher im eigenen Team gibt es eine gewisse Scheu, dieses Thema anzugehen. Es wünschen sich zwar alle, dass das gut funktioniert, dass man einfach eben nach der...nach dem Sekret lösen auch eine Möglichkeit hat, das zu evakuieren. Und da gibt es einfach sehr viel Scheu noch. Und das hat jetzt Gott sei Dank einfach den...den..das ein bisschen aufgebrochen, dass ich jetzt einmal damit angefangen habe. Und wie gesagt, weitere Kollegen folgen jetzt so, dass man dann irgendwann als Team tatsächlich so weit kommen, dass das früher oder später dann doch die meisten machen werden.

20 [0:03:55.7] S1: Super. Vielen Dank. B., I. habt ihr da eine Wortmeldung dazu?

- Social Influences/Soziale I

21 [0:04:01.3] S4: Ähm. Ja. Also bei uns ist es eben auf der Station eher

- Social Influences/Soziale I

- Social&Professional role a

schon so etabliert, dass die Pflege das übernimmt. Und das ist dann jetzt schon kommuniziert worden, dass das jetzt eben einige Physiotherapeuten auch machen dürfen. Aber ich muss schon sagen, für mich persönlich, ich gebe es dann doch eher größtenteils an die Pflege ab. (...)

22 [0:04:23.3] S5: Jo, also A., als erstes tust du da vielleicht auf die nächste Dings weiter... ich noch immer die erste Frage. Wir sehen noch immer die erste Frage. Ich weiß nicht, ob das bei uns liegt oder bei dir, dass du auf die nächste Folie gehst, dass man die Frage lesen könnte. Vielleicht. Weiß ich nicht. Das ist jetzt ganz unabhängig von der Frage.

23 [0:04:42.7] S1: Ja, ist es jetzt auf die nächste gesprungen?

- Environmental Context an

- Social Influences/Soziale I

24 [0:04:43.6] S5: Nein steht noch immer die erste Folie. (..) Ja, jetzt ist es. Genau. (..) Gehindert oder gefördert? Also ich habe die Gelegenheit nicht gehabt. So, das waren jetzt keine Patienten noch. Und nachdem ich nur auf Normalstation bin, war es einfach nicht...war die Gelegenheit quasi nicht. Das war jetzt nicht...eher die...die...quasi die, wo ich stationiert bin. Und auf der [Stationsbezeichnung] war auch das nicht. Das macht da die Pflege. Das habe ich...es war nicht notwendig. So jetzt...

25 [0:05:22.4] S1: Okay super, Danke. Dann noch S., hast du deine Wortmeldung dazu?

Social&Professional role an

26 [0:05:27.4] S3: Also gehindert, muss ich ehrlich sagen, hat uns da eigentlich gar nichts, muss man sagen. Ja, das Personal ist da sehr offen und dadurch, dass wir zu zweit auf Station sind, vor allem wenn dann so tracheotomierte und so sind, ähm, ist es sehr positiv, sogar für die Pflege, wenn wir Atemtherapie machen und dann eben der Zweite zum Beispiel absaugen kann, wenn man sieht: Die Kanüle ist komplett verstopft. Die halten sich da...also die verlassen sich darauf, dass wir das jetzt so machen. Und es ist total also...unser Part. Wenn wir am Patienten arbeiten, dann machen wir das auch. Das ist sehr...also...da gibt es überhaupt kein...eher sehr positiv. Und die sind sogar eher dankbar, dass man nicht extra, weiß nicht, anläuten müssen oder so, wenn dann irgendwas zum Absaugen ist, nur wegen so was. Na sehr, vor allem wenn wir isolierte Patienten haben, wo wir dann allein drin sind, ist es super praktisch. Also sehr positiv.

	27	[0:06:21.2] S1: Ja, super. Danke. (...) Die dritte Frage: Wie hat sie ihr Wissen über den Vorgang, Risikostratifizierung, Monitoring etc. bzw über Atemtherapie im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst? (...)
Memory, Attention and D. Skills/Fähigkeit	28	[0:06:46.4] S2: Darf ich gleich wieder beginnen? 10/10. Also wir...wir hatten davor ja überhaupt kein...kein... (...) Noch niemanden im Haus, der das im therapeutischen Bereich gemacht hat und hatten immer das Problem, dass wir nicht ganz d'accord gegangen sind mit der Pflege, wann es notwendig ist und wann nicht. Also da haben wir ein bisschen unterschiedliche Ansichten gehabt und ohne einer fundierten Schulung, nämlich genau so, wie sie jetzt stattgefunden hat, dass man einfach zum einen den theoretischen Hintergrund so aufbereitet hat, dass man einfach dass die diese Risikofaktoren auch für sich selber einschätzen kann und aber auch vor allem dieses praktische Handling. Das war extrem wichtig, dass man sich da drüber traut und und die Sicherheit beim Arbeiten hat. Und das ist genau das, was es braucht. (..)
	29	[0:07:45.5] S1: Super, Danke. B., I. habt ihr da eine Wortmeldung dazu?
Beliefs about Capabilities/P	30	[0:07:50.4] S4: Also durch den Kurs hat man schon ein gewisses Sicherheitsgefühl natürlich erhalten und ich würde mir jetzt zum Beispiel auch noch sicher sein, dass ich das gut durchführen könnte mit unseren Patienten. (...)
	31	[0:08:04.6] S5: Hm, ja, nachdem ich...nachdem ich das nie gemacht habe, ist das jetzt schwierig für mich zu beantworten. Aber ich tät mich jetzt nicht fürchten, das zu tun. Beziehungsweise weiß ich das ich jetzt dann auch ohne weiters im Stationsalltag auf der [Stationsbezeichnung] zum Beispiel, wo du es eventuell dann eher wäre, auch Unterstützung hätte bei der Pflege, auf jeden Fall dafür, glaube ich. (..)
	32	[0:08:30.5] S1: Super, Danke. (...)
	33	[0:08:35.5] (...)
Beliefs about Consequences	34	[0:08:39.1] S3: Hat uns in dem Fall geholfen, weil bei uns leider, muss ich ehrlich sagen, die Pflege dieses Absaugen anders praktiziert als wie wir. Und das ist durch den Kurs extrem herauskommen und deshalb sehr positiv, dass wir es jetzt quasi richtig machen und natürlich das auch für den Patienten dann sehr...ich sage jetzt positiv ist. Also ja, das muss ich

jetzt da...auch wenn ich jetzt die Pflege nicht kritisieren will...das ist anscheinend bei uns so, dass wird ein bisschen radikaler gehandhabt als wie was wir gelernt haben. Und warum...sage ich jetzt...wir wissen jetzt, warum wir es so machen sollen. Deshalb sind wir da eigentlich recht gut. Ja. Bin ich zufrieden. (..)

35 [0:09:25.2] S1: Okay, super, danke.

36 [0:09:27.8] S2: Das kann ich dir auch bestätigen S.. Das läuft auch bei uns im Haus so. Die Art und Weise, wie es gemacht wird und es hat einen erheblichen Einfluss auf die Compliance von Patienten. Bin ich ganz bei dir. Wir haben das gleiche Thema.

37 [0:09:40.1] S3: Leider. (..)

38 [0:09:43.4] S1: Vielen Dank. Dann gehe ich über zur Frage vier: Welchen Einfluss würden Sie Ihren Fähigkeiten und Skills, da geht es vielleicht eher um praktische Komponenten, in Bezug auf das Absaugen zuschreiben. (...) Das ist jetzt vielleicht schon erwähnt worden. Ich weiß nicht, ob es bei einem oder bei der anderen dazu noch eine Wortmeldung gibt, quasi wo dieses praktische Anwenden noch mal besonders erwähnt werden sollte. (...)

39 [0:10:29.7] S5: Ah, also ich verstehe die Frage nicht ganz. Muss ich ehrlich sein, weil in Bezug auf das Absaugen, welches Absaugen? Ich verstehe die Frage nicht und ich weiß nicht genau.

40 [0:10:43.3] S1: Die Frage soll sozusagen Antworten, euch aus euch heraus locken, wo es darum geht: So wie es die S. vorhin schon erwähnt hat, dass quasi davor einfach gar nicht quasi die Handhabung zum Beispiel von einem sterilen Handschuhe oder das sterile Auspacken von einem Absaugkatheter gar nie geübt werden konnte oder gar nicht geübt wurde. Und dadurch, dass sie das jetzt zum Beispiel gelernt hat, hat sich positiv zum Beispiel beeinflusst, dass sie das Absaugen anwenden könnt. (..)

41 [0:11:12.8] S5: Natürlich positiv, aber im Bezug aufs. (..) Ich kann das glaube ich nicht wirklich beantworten. Das tut mir leid. (..)

42 [0:11:23.9] S1: Ist kein Problem. Ich würde sagen, wir gehen einfach

weiter zur nächsten Frage. (...)

- 43 [0:11:31.5] S4: Ja, also so die also die Fähigkeiten, die wir im Kurs gelernt haben. Also ich hätte da nie...nirgends Probleme gehabt, dass ich da mir bei irgendwas schwergetan hätte oder mich wo, jetzt im Stadion Setting, nicht ausgekannt hätte. Also falls das jetzt die richtige Antwort ist, also ich hätte jetzt nirgendwo Schwierigkeiten gehabt, wo ich jetzt auf Station nicht ausgekannt hätte. Genau.
- 44 [0:11:53.9] S1: Super.
- 45 [0:11:55.8] S2: Vielleicht noch ganz kurz, Ich kann es nur wiederholen. Würde jetzt in dem Kurs, den wir bei euch machen haben dürfen, keine Möglichkeit bestehen, das auch praktisch zu üben. Und eben diese Handhabung von Absaugschläuchen und also...wie ich es aus der Packung rausnimm und wie es...wie ich mich hinstelle, welche Seite etc. all die Dinge. Wenn man das nicht üben kann, dann kann man gar nicht absaugen.
- 46 [0:12:21.2] S1: Super.
- 47 [0:12:23.6] S4: Ich hätte vielleicht, ich weiß es nicht, ob das da reinpasst, aber das einzige, was mir vielleicht noch aufgefallen ist, dass sie dann irgendwie quasi eine bevorzugte Seite hätte und dass ich dann je nachdem, weil bei uns auf Station ist es relativ eng, dass man da oft vom...vom Platz her sich ein bisschen umdenken muss, weil oft einfach der Platz nicht ausreicht. Das wäre vielleicht noch ein Punkt.
- 48 [0:12:46.8] S1: Okay. Ja, super. Passt. (...) Gehen wir weiter zu Frage fünf, Ist eh auch schon erwähnt worden. Aber trotzdem noch mal die konkrete Frage: Wie hat sie das interprofessionelle Setting und der Arbeitsplatz darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden? (...)
- 49 [0:13:14.3] S2: Also ich glaube, wenn ich die Frage richtig verstehe, dann ist jetzt eh...geht es genau um das, dass bei uns ja früher oder bei uns es hauptsächlich die die Pflege gemacht hat und die...wir uns weder in der Indikation noch in der Durchführung so recht einig waren, ob das so passt und...Was für uns extrem wichtig ist: Wir waren immer sehr abhängig von einer anderen Berufsgruppe und durch diese Schulung und die Möglichkeit selbst abzusaugen, was man mobilisiert hat. (...) Das

Skills/Fähigkeit

Social&Professional role an

Beliefs about Capabilitie:

Beliefs about Capabilities/P

gibt dann einfach in der Therapie wahnsinnig viel Freiheit, sodass man vielleicht, kann man das schon durchaus so sagen, in der Atemtherapie auch andere Dinge macht, als man zuvor gemacht hätte. Wenn ich weiß, es dauert vielleicht ein paar Minuten, bis jemand da ist, der es mir wegsaugt, ist es jetzt ganz anders, wenn ich weiß, ich habe mir das vorher schon hergerichtet und ich kann das in der Sekunde eigentlich starten. (..)

50 [0:14:14.9] S1: Super, danke. Ja. (...)

Social&Professional role an

Memory, Attention and D

51 [0:14:23.6] S3: Also, ich sehe das auch so. Muss ich jetzt sagen. Ja, aber das hab ich vorher schon gesagt, dass das jetzt bei uns...und eben auch eigentlich von den Schwestern sehr positiv angesehen wird, dass wir das quasi mit abdecken und dass wir auch wissen, was dahinter steckt und dass wir wissen, wie wir es machen sollen und nicht einfach nur irgendwie, weil man es bei ihnen jetzt halt einmal gesehen haben so in die Richtung. Also das ist ja.

52 [0:14:51.6] S1: Super. Ist kein Problem, wenn was doppelt genannt wird.

53 [0:14:54.5] S3: Ja okay. (...)

- Environmental Context

- Social&Professional rol

54 [0:14:58.6] S4: Also bei uns ist es vielleicht auf der [...] -Station so, wo dann eben Patienten, die abzusaugen sind liegen...hauptsächlich..dass dort eben einfach weil wir relativ auf engem Raum eigentlich relativ viel Berufsgruppen sind. Es ist immer jemand von der Pflege und das ist bei uns eher so etabliert, dass das die Pflege übernimmt. Das liegt vielleicht auch daran, dass das wir uns nicht so in den Vordergrund drängen, aber es wird eigentlich...es ist etabliert eher, dass die Pflege das übernimmt. (..)

- Environmental Context an

55 [0:15:27.4] S5: Also bei meinen Stationen, glaube ich, wäre es jetzt im interprofessionellen professionellen Setting kein Problem, wenn es bis jetzt notwendig unter Anführungszeichen oder Patienten gehabt hätte, wo ich das machen hätte wollen. Aber insofern beeinflusst mich sozusagen mein Arbeitsplatz, weil es doch recht wenig Gelegenheit gibt, das einfach zu tun. Bis jetzt hat es keine gegeben...also weiß nicht, ob das jetzt...richtig die Frage richtig interpretiert habe..das so ganz...kann ich mich nicht ausdrücken. Tut mir leid.

	56	[0:15:56.5] S1: Passt vollkommen, passt vollkommen. Es gibt keine falschen richtigen Antworten. Es sind einfach eure Wortmeldungen, die da....sich daraus ergeben. Das was dabei rauskommen soll. Genau. (...) Frage Nummer sechs: Welche motivationalen Faktoren haben Sie erkannt, die Sie möglicherweise beeinflusst haben? (...)
	57	[0:16:31.1] S2: Ist damit gemeint jetzt? Warum absaugen oder warum wir die Schulung gemacht haben?
	58	[0:16:37.0] S1: Zum Beispiel, ja. also ob es quasi einfach Motivationsfaktoren gegeben hat, die die jetzt auch in der Anwendung positiv oder negativ beeinflussen. (...)
Beliefs about Consequences	59	[0:16:49.3] S2: Ich habe beides eigentlich schon genannt. Das eine war einfach das Arbeiten am Patienten, dass ich das furchtbar finde, wenn man Sekret mobilisiert und die Patienten können es nicht abschlucken oder...oder ausspucken und es gibt dann keine Möglichkeit....weil die Pflege das jetzt eben nicht weg saugen möchte oder nicht verfügbar ist und es zu lange dauert. Das ist eigentlich immer der Faktor gewesen, wo man dann durchaus zurückhaltend war, Sekret überhaupt zu mobilisieren, wenn man gewusst hat, das ist dann nicht möglich, das wegzubringen. Und der zweite Faktor ist, der mich jetzt motiviert hat, das anzugehen, es eben, wie auch schon zuvor erwähnt, um auch das restliche Team ein bisschen zu motivieren und mitzureißen. Dass wir einfach mit dem Trend der Zeit gehen und auch für die Praktikanten, die dann von der FH kommen und diese Skills ja auch erlernen sollen bei uns im Praktikum, dass die die Möglichkeit haben und wir weiterhin in Zukunft zufriedene Praktikanten und hoffentlich auch Bewerber haben.
Social&Professional role an	60	[0:17:55.6] S1: Super, Danke! (...)
Intentions/Intentionen	61	[0:18:01.1] S4: Also was vielleicht eine Motivation wäre, wenn jetzt zum Beispiel vom pflegerischer Seite jeder beschäftigt ist, dass man da einfach die Pflege dadurch entlasten kann, wenn man das selber macht, dass man da eben einfach quasi Zeit und Ressourcen einspart. (...)
	62	[0:18:19.2] S1: Super, Danke. (...)
- Environmental Context an	63	[0:18:22.3] S5: Mir fällt da jetzt nicht so viel ein muss ich sagen.... Die Motivation wäre schon da gewesen, das zu tun. Aber es war die

- Environmental Context an

Gelegenheit bis jetzt noch nicht. Wobei...Ja, genau.

64 [0:18:36.5] S1: Passt gut. (...)

65 [0:18:41.3] S3: Ich glaube, von mir gibt es nichts Neues. Also wie schon....

66 [0:18:44.7] S1: Ja genau.

67 [0:18:45.8] S3: Ja, eigentlich kann ich da jetzt gar nicht.... Das haben wir eh alles vorher schon einmal gesagt.

68 [0:18:52.4] S1: Passt. Dann gehen wir zur nächsten Frage. (...) Vorletzte Frage: Welche intrinsischen und extrinsischen Faktoren haben Sie persönlich darin beeinflusst, das Absagen anzuwenden? Wenn ich da gleich vorgreifen darf da ist jetzt einfach noch mal gemeint, ob es irgendwas für euch selber, Motivation oder sonst....Anspruch an den Berufsstand wie auch immer gegeben hat oder eben auch von externen Faktoren, die euch beeinflusst haben. (...)

69 [0:19:33.6] S2: Also intrinsisch glaube ich jetzt einmal in erster Linie, falls das auch damit gemeint ist, dass man einfach auch wenn...wenn man sowas jetzt gelernt hat, versucht in Übung zu bleiben. Das ist natürlich ein großer Faktor. Von außen haben wir relativ wenig, weil eben bei uns im Haus, das überhaupt nicht etabliert war, wenig Forderungen jetzt in dem Sinn und ich glaube jetzt, ob andere Berufsgruppen uns als Zeitersparnis wahrnehmen würden, das wage ich zu bezweifeln, weil es fällt halt einfach nicht auf, dass man einmal weniger nachfragt, dass abgesaugt wird, so in die Richtung. Also wir sind mit keinen Forderungen konfrontiert. Und eben von mir aus ist es eben das in Übung bleiben wollen und gleichzeitig ergibt sich das einfach aus der Indikation beim Patienten. Warum man jetzt....den Absaugvorgang starten möchte.

Memory, Attention and Decl

70 [0:20:34.5] S1: Super, Danke. (...)

71 [0:20:40.1] S3: Ähm, ja, dem ist jetzt so nicht viel hinzuzufügen, würde ich jetzt einmal sagen....intrinsisch...ähm...was sehr positiv, jetzt so sag ich glaube ich [ist], dass wir durch das, dass wir jetzt viel mehr Backgroundwissen haben mit den Logopädinnen schon ein bisschen mehr, noch mehr zusammenarbeiten wie vorher, weil die das jetzt auch

Social&Professional role an

9/11

wissen, dass wir das jetzt auch haben. Und was jetzt gerade bei uns auf der Station auf Intensiv mit diesem entblocken also cuffen, dekanülieren und so....und da ist natürlich, wenn man das im Rahmen von der Therapie....dann ist es so für die Logopädinnen schon als sehr positiv zu sehen und es war eine Motivation für uns, weil es ja vorher auch schon ab und zu Thema war. Und da sind wir halt schon zur Hand gegangen anhand von dem, was die uns gesagt haben. Und jetzt haben wir halt da dahinter einfach auch diese...ja dieses Wissen warum und wieso und ja, ein bisschen...sag ich jetzt einmal, wenn das jetzt dazu passt.

72 [0:21:44.9] S1: Passt sehr gut. Danke. Ja.

73 [0:21:45.7] S3: Ja, okay.

74 [0:21:48.3] S4: Ja, ich glaube, wir haben da jetzt nichts hinzuzufügen. Ja.

75 [0:21:52.6] S1: Passt. Super. Danke. (...) Damit wir in der Zeit bleiben. Die letzte Frage: Gibt abschließend noch Dinge, die Sie in Bezug auf die Anwendung des Absaugens anbringen möchten. Irgendwas, was noch nicht erwähnt worden ist, was noch ungesagt geblieben ist. (...)

76 [0:22:18.2] S2: Ich erinnere noch einmal an die Videos. Das ist tatsächlich irgendwie so, dass wenn man jetzt längere Zeit zum Beispiel nicht über die Nase abgesaugt hat, dann würde es mir sehr viel Sicherheit geben, wenn ich einfach kurz bevor ich das das erste Mal wieder brauche, mir noch einmal so ein Video von euch anschauen kann über den Ablauf. Dann kann man das gedanklich einfach nochmal besser durchgehen und es ist einfach sehr viel besser für mich persönlich jetzt im Lernprozess, als wenn ich es nur schriftlich irgendwo beschrieben habe. Also sollte das eure Zeit irgendwann erlauben, dann würde ich mich wirklich riesig freuen, wenn wir das...wenn wir das hätten.

77 [0:23:02.4] S1: Okay, super. Danke. Ja. (...) S., B., I. ?

78 [0:23:13.2] S3: Von mir gibt es jetzt eigentlich nichts mehr.

79 [0:23:14.2] S1: Nichts mehr? Ok super.

80

[0:23:16.8]

	1	
	2	
	3	S1: Genau. Dann vorweg die erste Frage: Hatten Sie in den letzten drei Monaten beziehungsweise für die Kollegen, wo es kürzer her ist, die Gelegenheit abzusaugen oder das Absaugen anzuwenden? Das ist einfach mal ganz allgemein die Frage, ob ihr dazu gekommen seid, dass Absaugen anzuwenden in der letzten Zeit.
	4	[0:00:24.0]
	5	[0:00:42.6] S1: Hatte niemand die Gelegenheit, das Absaugen anzuwenden? (...)
	6	[0:00:48.4] S2: Zeigen wir auf oder sollen wir uns einfach melden?
	7	[0:00:49.9] S1: Sonst meldet euch einfach.
Environmental Context and	8	[0:01:00.0] S3: Ja dann fange ich an! Ich bin der [...]. Ich bin auf der [...] im [...] und ich habe die Möglichkeit das circa einmal pro Woche, einmal alle zwei Wochen am Patienten anzuwenden. Realistischerweise. Und das funktioniert gut. Allerdings habe ich nur das geschlossene System für endotracheales Absaugen. (...)
- Environmental Context and	9	[0:01:20.4] S1: Okay, super. Danke. Ja.
	10	[0:01:22.3] S2: Der [...] und ich, wir sind auf der [...] und wir dürfen offiziell nur nasal und oral absaugen, bis jetzt. Wir sind aber am Diskutieren, dass das sich noch ändert. Dementsprechend dürfen wir nur das jetzt machen. Und das ist aber eher seltener. Also ich habe einmal glaube ich oral abgesaugt. Ich habe auch erst die letzte Schulung gemacht. [...] wie schauts bei dir aus?
- Environmental Context and	11	[0:01:43.4] S4: Also ich hatte auch bis jetzt einmal die Möglichkeit nasopharyngeal abzusaugen. Bei uns ist einfach das Patientenklintel oft schon zu gut. (..)
	12	[0:01:56.4] S1: Okay, super, Danke. (...) Dann [...], [...]. (..)
Environmental Context and	13	[0:02:04.3] S5: Ich bin auf der [...] und habe oropharyngeal abgesaugt

Environmental Context and	}	und endotracheal offen. So...auch vielleicht durchschnittlich einmal die Woche. (..)
		14 [0:02:16.7] S1: Okay. Super danke.
- Environmental Context and	}	15 [0:02:17.0] S6: Ich bin leider im Moment auf der Normalstation. Ich habe einmal auf Intensiv ausgeholfen und abgesaugt und einmal glaube ich oral. Also leider sehr wenig.
		16 [0:02:27.4] S1: Okay, super, Danke. Gibt es sonst noch Wortmeldungen zur Gelegenheit des Absaugens?
- Environmental Context and	}	17 [0:02:38.1] S7: Ich bin auf der [...] und auf der Normalstation. Und ich habe bis dato kein einziges Mal die Gelegenheit gehabt zum Absaugen. (...)
- Environmental Context and	}	18 S8: Bei mir ist im Moment das gleiche: Normalstation und nichts zum Absaugen gewesen.
		19 [0:02:51.9] S1: Okay, super, Danke. (...) Okay. Wenn es zu der Frage sonst keine Wortmeldungen mehr gibt, würde ich weiter zur nächsten Frage gehen. (..) Ich hoffe, ihr seht die Frage jetzt auch. Welche Ursachen haben sie erkannt, die sie in der Anwendung gehindert oder gefördert hat?
		20 [0:03:21.6]
- Environmental Context and	}	21 [0:03:26.4] S8: Bei uns haben es die Patienten nicht gebraucht. Jetzt in dem Moment, also in der Zeitspanne. (...)
		22 [0:03:35.1] S1: Okay, super. Danke. Ja. Die Frage ist recht offen gemeint, also wirklich: Was euch da in den Sinn kommt. Was hat euch gehindert? Was hat euch gefördert?
- Social Influences/Soziale I	}	23 [0:03:54.6] S9: Also bei uns oder bei mir war es dann manchmal so, dass die Pflege [uns] das nicht ganz zutraut und dann halt einfach auf der Intensivstation dabei sein möchte und das beobachtet, was aber in Ordnung ist.
		24 [0:04:09.2] S1: Super, danke. (...)

Social Influences/Soziale EI {	25	[0:04:13.1] S10: Bei mir war die Förderung eigentlich die Zusammenarbeit mit der Logopädie. Also meistens beim Kanülenmanagement. (...) Und behindert eigentlich (unverständlich)
	26	[0:04:32.6] S1: Kannst du den letzten Satz vielleicht noch mal wiederholen? Der war bei mir sehr abgehackt leider.
- Environmental Context { - Social&Professional role {	27	[0:04:35.6] S10: Behindernd war, dass die passenden Patienten nicht da waren oder halt die Pflege schon abgesaugt hat. (...)
	28	[0:04:44.7] S1: Okay, ich verstehe. (...)
Social Influences/Soziale EI { - Social&Professional role a {	29	[0:04:48.2] S3: Jetzt spricht der [...]. Also grundsätzlich ist bei uns schon Förderung, auch da seitens der Schwestern, dass unterstützt wird. Beim Absaugen, wie die [...] vorher gesagt hat: Es fehlt teilweise auch die Legitimation, dass wir endotracheal absaugen dürfen. Das ist ein bisschen ein Hinderungsfaktor. (...)
	30	[0:05:11.8] S1: Super, Danke! [...], [...] ihr habt die Hand oben. Bitte!
Social Influences/Soziale EI { Social&Professional role {	31	[0:05:16.3] S5: Ja auf der [...] eben wie gesagt, sind sie sehr froh, wenn man halt zwischendurch absaugen kann, damit sie nicht extra kommen müssen. Gehindert hat mich niemand. Und...und bin dadurch gefördert.
	32	[0:05:29.0] S1: Super, Danke. Dann gehe ich zur nächsten Frage weiter. Wenn es da jetzt keine Wortmeldungen mehr dazu gibt. (...) Und zwar: Wie hat Sie ihr Wissen über den Absaugvorgang, Risikostratifizierung, Monitoring etc. bzw über die Atemtherapie allgemein...im Allgemeinen in der Anwendung beeinflusst. Also da geht es darum: wie hat das Wissen, das ihr im Kurs erlernt habt, euch beeinflusst. Was habt ihr da dazu gelernt, dass ihr sagt: das war jetzt ein Förderfaktor oder vielleicht auch eine Barriere? Bitte LKH [...] gleich.
Beliefs about Capabilities { Knowledge/Wissen {	33	[0:06:11.0] S3: Ja, [...] da., also mir hat das Theoretische wirklich sehr, sehr geholfen, weil es einfach viel Sicherheit vermittelt, wenn es klare Indikationen oder auch ersichtliche Kontraindikationen gibt. Also ich bin sehr zufrieden mit dem theoretischen Hintergrund, den wir vermittelt bekommen haben.
	34	[0:06:33.9] S1: Super, Danke! Dann [...], [...]. (...)

<p>Beliefs about Capabilities</p> <p>Social&Professional role</p>	<p>35</p>	<p>[0:06:42.7] S6: Ich finde auch, dass es viel einfacher ist, weil man wirklich entspannter hingehht und das eben dann einfach selber machen kann, ohne dass man vor jemanden arbeiten muss, weil die Schwester schon daneben wartet und sich denkt: uh wann ist der endlich fertig?" Man kann einfach selbstbestimmter arbeiten.</p>
	<p>36</p>	<p>[0:07:03.1] S1: Super, Danke. Okay, wenn es zu dem...</p>
<p>- Social&Professional role</p> <p>- Beliefs about Capabiliti</p>	<p>37</p>	<p>[0:07:17.2] S9: Wir würden...wir würden sonst noch was dazu sagen. Also Barriere war für uns letztes Mal...die [...] und ich, wir waren am Patienten, der war kanüliert und hat dann akute Atemnot gehabt, weil die Kanüle wirklich verlegt war. Hat es dann aber auch gut abhusten können und da haben wir uns natürlich nicht drüber getraut, dass wir absaugen. Da ist dann eh die Pflege gekommen. Und was super war: natürlich die Theorie. Das hat schon sehr geholfen, dass man eben die Indikationen/ Kontraindikationen genau kennt. (...) Danke.</p>
<p>Knowledge/Wissen</p>	<p>38</p>	<p>[0:07:52.4] S1: Okay, super, Danke. Gibt es sonst noch Wortmeldungen zu der Frage? Sonst gehe ich weiter. (..)</p>
	<p>39</p>	<p>[0:08:00.4]</p>
	<p>40</p>	<p>[0:08:04.2] S1: Dann die vierte Frage: Welchen Einfluss würden Sie Ihren Fähigkeiten/Skills, da geht es jetzt eher um die praktischen Aspekte in Bezug auf das Absaugen, zuschreiben? Ja. [...], [...].</p>
	<p>41</p>	<p>[0:08:27.7] S6: Es tut mir leid. Ich verstehe die Frage nicht. Ich weiß nicht, welchen Einfluss. Also, was da gemeint ist.</p>
	<p>42</p>	<p>[0:08:33.3] S1: Also eben: Wie haben euch die praktischen Fähigkeiten, die ihr erlernt habt, positiv oder negativ in Bezug auf das Absaugen beeinflusst?</p>
	<p>43</p>	<p>[0:08:44.5]</p>
	<p>44</p>	<p>[0:08:50.3] S6: Ja, schon positiv, oder? Also.... (...)</p>
	<p>45</p>	<p>[0:08:54.1] S5: Wenn man weiß, was man tun kann...tun soll.</p>
	<p>46</p>	<p>[0:09:01.3] S1: Super. [...], bitte. (..)</p>

Knowledge/Wissen	}	47	[0:09:04.9] S8: Na, auf jeden Fall hat der Kurs sowohl die Theorie als auch die Praxis total viel geholfen, weil man einfach den Hintergrund weiß. Und sicher...ja man ist einfach besser vorbereitet. Abgesehen davon, dass wir es halt nicht gebraucht haben.
		48	S7: Ja, genau.
		49	S8: Also, auf der [...] schon. Aber da sind wir ja nicht. (..)
		50	[0:09:24.8] S1: Okay, Super. Danke. LKH [...], bitte. (...)
- Skills/Fähigkeit	}	51	[0:09:30.2] S3: Ähm, ja. Also mir hat es auf jeden Fall auch geholfen. Was meine eigene Schuld jedoch war, dass ich es immer nur mit der gleichen Seite geübt habe also mit meiner dominanten Hand. Und das hat mich manchmal vor Probleme gestellt. Wenn ich zum Beispiel nicht von der Seite dazu kann, weil eine Dialysemaschine oder ähnliches steht, merke ich einen deutlichen Abfall der Leistung, wenn ich mit meiner nicht dominanten Hand agieren muss. Also das habe ich beim Kurs nicht bedacht. Vielleicht wäre es gut zu erwähnen, dass man es vielleicht auf der anderen Seite ebenfalls übt. (..) Zwecks der Geschicklichkeit.
Knowledge/Wissen	}	52	[0:10:06.0] S2: Ich will auch noch was sagen: ich habe es gut gefunden, dass man einfach das Equipment, die verschiedenen Absaugsonden nochmal in der Hand haben hat können. Ja und das eben auch nachher an den Puppen und auch beim Hospitieren nachher an den Patienten nochmal gesehen hat. Also mir hat das Sicherheit gegeben. (..)
Beliefs about Consequenc	}	53	[0:10:26.4] S1: Okay, super, danke. (...) Gibt es zu der Frage, so praktische Fähigkeiten, noch eine Wortmeldung? (..) Nein, dann gehe ich eine Frage weiter.: Frage Nummer 5: Wie hat sich das interprofessionelle Setting und euer Arbeitsplatz darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden? (...) Ja, LKH [...]. (...)
- Social&Professional role a	}	54	[0:11:10.9] S2: Wie der [...] und ich vorher schon gesagt haben bei uns ist das endotracheale Absaugen eben noch nicht erlaubt von ärztlicher Seite her. (...)
		55	[0:11:22.2] S1: Danke. (...) Ja, [...].

Social&Professional role an	56	[0:11:37.5] S9: Ja. Bei mir ist es so, ich habe jetzt in letzter Zeit öfter endotracheal abgesaugt mit dem geschlossenen System, das graduiert ist. Und da habe ich einfach vorher die Schwestern gefragt, ob das okay ist, wenn jetzt zur Atemtherapie hingehe, dass ich dann im Bereich der Tubuslänge eben absauge. Das war dann meistens kein Problem. (...)
	57	[0:11:58.9] S1: Super, danke! (...) Gibt es zu dem Thema interprofessionelles Settings, also Zusammenarbeit mit Kollegen oder Kolleginnen aus anderen Berufsgruppen, noch Wortmeldungen? (...)
Social&Professional role an	58	[0:12:21.8] S10: Bei mir würde ich nur sagen, was ich vorhin schon gesagt habe....halt eben die Zusammenarbeit mit der Logopädie, weil wir sehr oft beim Patienten zusammen sind, gerade beim Kanülenmanagement und so kann ich sie besser unterstützen, kann man besser zusammenarbeiten und war eigentlich auch die häufigste Art, wo ich abgesaugt habe, ja. (...) Wenn es passt von der Pflege her, würden sie mich auch eigentlich überall absaugen lassen..aber kam halt derzeit nicht so oft dazu, weil ich die passenden Patienten nicht habe. Sie freuen sich alle, dass ich es habe, dass ich es gelernt habe. (...)
Social&Professional role an		
Social Influences/Soziale El		
	59	[0:13:00.7] S1: Okay, super, danke. (...) Wenn es dann zu der Frage keine Wortmeldungen mehr gibt, würde ich zur nächsten Frage weitergehen. (...) Frage Nummer 6: Welche motivationalen Faktoren haben Sie erkannt, die Sie möglicherweise beeinflusst haben? Also da geht es eher um wirklich intrinsische Motivation, vielleicht so dieser Eigenenansporn, das Absaugen anzuwenden. (...) [...], [...], bitte. (...)
Beliefs about Consequences	60	[0:13:53.2] S3: Also bei mir ist es so, dass ich das Absaugen sehr, sehr gern mache eigentlich. Ich weiß selber nicht genau warum, aber irgendwie gibt mir das was. Ich finde es gleichzeitig manchmal ein bisschen ungestiös, aber es ist trotzdem was, das ich gern mache eigentlich. Und es freut mich natürlich auch, dass es den Patientinnen nachher besser geht. (...)
	61	[0:14:15.3] S1: Okay, super, danke. [...]. (...)
Beliefs about Consequences	62	[0:14:20.5] S09: Ja, bei uns ist es nicht ganz so, aber wenn ich halt die Atemtherapie mache und ich mache eine Sekretmobilisation, dann ist es einfach cool, wenn man dann absaugen kann und der Patient dann auch besser Luft kriegt. Wenig gestresst ist durch das Absaugen. Das...das

Beliefs about Consequences	}	63	[0:14:41.4] S1: Okay. Super. Danke, [...], [...].
Beliefs about Consequences	{	64	[0:14:45.3] S5: Es ist, wie gesagt, bei uns auch so befriedigend, wenn man den Schleim abholen kann, den man mobilisiert hat. Und dass die Stimme dann hinterher klar ist und er leichter Luft kriegt. Das ist super. (...)
		65	[0:15:04.2] S1: Okay, vielen Dank. (...) Gibt es zum Stichwort Motivation noch eine Wortmeldung? (...) Schaut nicht so aus. Dann gehen wir gleich zur vorletzten Frage: Welche intrinsischen und extrinsischen Faktoren haben Sie persönlich darin beeinflusst, das Absaugen anzuwenden? Das ist wieder relativ offen. Hat es einfach im Inneren oder sonst von extern etwas gegeben, das beeinflusst hat? (...)
Social&Professional role an	{	66	[0:15:47.7] S4: Also als externen Faktor habe ich noch anzumerken, dass durch die Praktikanten Betreuung das natürlich ein gutes Beispiel ist, um zu zeigen, was die Physiotherapie im Haus durch diesen Absaugkurs eben tun kann. Also das ist immer was, wo ich mir Studentinnen dazu hole, weil das einfach spannend zum Zuschauen ist für sie. (...)
		67	[0:16:10.5] S1: Okay, super, Danke. (...) Okay. Wenn es zu der Frage sonst keine Wortmeldungen gibt, dann gehen wir schon zur letzten Frage. Und zwar jetzt ganz offen: Gibt es abschließend noch irgendwelche Dinge, die Sie in Bezug auf die Anwendung des Absaugens anbringen möchten? Also wirklich, jetzt ganz offen, was euch noch einfällt zur Fortbildung oder zur Anwendung. Gibt es da irgendwelche fördernden oder hemmenden Faktoren, die noch nicht zur Sprache gekommen sind? (...) [...] bitte.
- Environmental Context - Knowledge/Wissen	{	68	[0:17:30.0] S9: Ja. Ich finde, dass es für mich immer noch schwierig ist, bei der Kanüle abzusaugen, weil ich mir das erst raussuchen muss. Wie lange ist die Kanüle und wie weit kann ich dann wirklich reinsaugen? Das ist für mich oft noch ein bisschen ein Hemmnis. (..)
		69	[0:17:46.6] S1: Okay, super. Danke. (...) [...], [...]?
- Knowledge/Wissen	{	70	[0:17:56.5] S6: Ah ja, ich muss sagen, das mit der Kanüle finde ich

- Knowledge/Wissen
- Environmental Context

	immer ein bisschen stressig, weil ich immer das Gefühl habe ich muss dann schnell sein, vielleicht akut. Und dann...Ja, wenn man es nicht vorher schon angeschaut hat, ist das ein bisschen ein Problem. Auf der anderen Seite, das wollte ich eigentlich sagen. Ich weiß aber nicht, ob es zu der vorigen Frage vielleicht dazu gepasst hätte. Ich finde es immer lustig, wenn Patienten schon lange tracheotomiert sind und selber dann schon sagen: Tu noch einmal und da noch und der hustet und der kann so ein bisschen Regie geben. Das ist irgendwie praktisch oder einfach oder besser...zum Üben eigentlich ja. (...)
71	[0:18:33.9] S1: Okay. Super. Danke. (...)
72	[0:18:38.3]
73	[0:18:45.3] S1: Gibt es noch irgendetwas, was ihr anbringen möchtet in Bezug auf die Anwendung von Absagen? Was noch nicht zur Sprache gekommen ist? (...)
74	[0:18:59.8]
75	[0:19:11.7] S1: Scheint nicht so zu sein. Damit sind wir dann eigentlich offiziell schon am Ende von den Fragen, da sind wir sehr knackig durchgekommen, aber passt gut. Ich möchte mich bedanken für eure Zeit.
76	[0:19:23.5]

8.8 Appendix VII

Codierleitfaden – PT Absaugen

Die Fokusgruppengespräche sollen mit einer deduktiven Inhaltsanalyse untersucht werden. Dabei soll die Kategorisierung der Aussagen nach dem COM-B Modell (43) bzw. nach den von Cane et al. (44) darauf angepassten 14 Sub-Domänen des Theoretical Domain Frameworks stattfinden.

Table 3 Mapping of the Behaviour Change Wheel's COM-B system to the TDF Domains

COM-B component	TDF Domain		
Capability	Psychological	Knowledge Skills Memory, Attention and Decision Processes Behavioural Regulation	
	Physical	Skills	
Opportunity	Social	Social Influences	
	Physical	Environmental Context and Resources	
Motivation	Reflective	Social/Professional Role & Identity Beliefs about Capabilities Optimism Beliefs about Consequences Intentions Goals	
		Automatic	Social/Professional Role & Identity Optimism Reinforcement Emotion

Abbildung 12: Aus Cane et al. *Implementation Science* 2012, 7:37

Die Aussagen werden in Bezug auf das Anwenden des Absaugens nach absolvierter Fortbildung analysiert. Jede Aussage wird dabei als Chance oder Barriere für die Anwendung eingeordnet, um so häufige Chancen bzw. Barrieren in den verschiedenen (Sub-)Domänen erkennen zu können.

Die Fragen wurden so gewählt, dass sowohl die 3 Haupt-Domänen des COM-B-Modells allgemein angesprochen sind, es aber auch spezifische Fragestellungen zu den Themen Wissen, Fertigkeiten und interprofessionelle Einflussfaktoren gibt. Zudem sind 3 der 8 Fragen zum Teil oder völlig offen gestellt.

Eine nähere Definition der, den TDF Domänen zugehörigen, Konstrukte bietet ebenfalls eine Tabelle von Cane et al (44) (siehe Abb. 2 & 3).

Table 2 The refined framework based on results of the open and closed sort tasks

Domain (definition ¹)	Constructs
1. Knowledge (An awareness of the existence of something)	Knowledge (including knowledge of condition /scientific rationale) Procedural knowledge Knowledge of task environment
2. Skills (An ability or proficiency acquired through practice)	Skills Skills development Competence Ability Interpersonal skills Practice Skill assessment
3. Social/Professional Role and Identity (A coherent set of behaviours and displayed personal qualities of an individual in a social or work setting)	Professional identity Professional role Social identity Identity Professional boundaries Professional confidence Group identity Leadership Organisational commitment
4. Beliefs about Capabilities (Acceptance of the truth, reality, or validity about an ability, talent, or facility that a person can put to constructive use)	Self-confidence Perceived competence Self-efficacy Perceived behavioural control Beliefs Self-esteem Empowerment Professional confidence
5. Optimism (The confidence that things will happen for the best or that desired goals will be attained)	Optimism Pessimism Unrealistic optimism Identity
6. Beliefs about Consequences (Acceptance of the truth, reality, or validity about outcomes of a behaviour in a given situation)	Beliefs Outcome expectancies Characteristics of outcome expectancies Anticipated regret Consequents
7. Reinforcement (Increasing the probability of a response by arranging a dependent relationship, or contingency, between the response and a given stimulus)	Rewards (proximal / distal, valued / not valued, probable / improbable) Incentives Punishment Consequents Reinforcement Contingencies Sanctions

Abbildung 13: Aus Cane et al. *Implementation Science* 2012, 7:37

Table 2 The refined framework based on results of the open and closed sort tasks (Continued)

8. Intentions (A conscious decision to perform a behaviour or a resolve to act in a certain way)	Stability of intentions Stages of change model Transtheoretical model and stages of change
9. Goals (Mental representations of outcomes or end states that an individual wants to achieve)	Goals (distal / proximal) Goal priority Goal / target setting Goals (autonomous / controlled) Action planning Implementation intention
10. Memory, Attention and Decision Processes (The ability to retain information, focus selectively on aspects of the environment and choose between two or more alternatives)	Memory Attention Attention control Decision making Cognitive overload / tiredness
11. Environmental Context and Resources (Any circumstance of a person's situation or environment that discourages or encourages the development of skills and abilities, independence, social competence, and adaptive behaviour)	Environmental stressors Resources / material resources Organisational culture /climate Salient events / critical incidents Person x environment interaction Barriers and facilitators
12. Social influences (Those interpersonal processes that can cause individuals to change their thoughts, feelings, or behaviours)	Social pressure Social norms Group conformity Social comparisons Group norms Social support Power Intergroup conflict Alienation Group identity Modelling
13. Emotion (A complex reaction pattern, involving experiential, behavioural, and physiological elements, by which the individual attempts to deal with a personally significant matter or event)	Fear Anxiety Affect Stress Depression Positive / negative affect Burn-out
14. Behavioural Regulation (Anything aimed at managing or changing objectively observed or measured actions)	Self-monitoring Breaking habit Action planning

¹All definitions are based on definitions from the American Psychological Associations' Dictionary of Psychology [36].

Abbildung 14: Aus Cane et al. *Implementation Science* 2012, 7:37

In der folgenden Tabelle werden Definitionen und Regeln für die Codierung aufgestellt. Positive Aussagen zu einer der Domänen werden als Chance zugeordnet. Negative Aussagen zu einer der Domänen werden als Barriere zugeordnet.

TDF-Domäne	Definition für Codierleitfaden	Codierregel
Chancen		
Wissen	Wissen über z.B. Absaugvorgang, Risikomanagement od. Atemtherapie	Aussage muss Wissen als Hauptdomäne haben
Fähigkeiten	Durch Übung erreichtes Können	Aussage muss praktische Fähigkeiten/Können als Hauptdomäne haben
Soziale/Professionelle Rolle/Identität	Professionelle Rolle, Identität, Grenzen od. Selbstvertrauen; Identität im Gruppengefüge	Aussage muss Rolle/Identität als Hauptdomäne haben/Übung
Glaube über Fähigkeiten	Selbstvertrauen, Selbstwahrnehmung über Können, Selbsteffizienz-Gefühl, Empfinden von prof. Autonomie	Aussage muss Selbstvertrauen, Selbstwahrnehmung od. Selbsteffizienz als Hauptdomäne haben
Optimismus	Positive Einstellung gegenüber dem Absaugen	Aussagen muss Optimismus oder optimistische Einstellung als Hauptdomäne haben
Glaube über Konsequenzen	Erwartungen über Auswirkungen der eigenen Handlungen	Aussage muss Glaube über Auswirkungen, Ergebnisse oder Konsequenzen als Hauptdomäne haben
Verstärkung	Belohnungen, Leistungsanreiz	Aussage muss Belohnung oder Leistungsanreiz als Hauptdomäne haben

TDF-Domäne	Definition für Codierleitfaden	Codierregel
Chancen		
Absichten/Intentionen	Entscheidungen eine Handlung (Absagen) zu setzen od. setzen zu wollen	Aussage muss Absichten, Intentionen oder konkrete Handlungsplanung als Hauptdomäne haben
Ziele	Implementierungsabsicht, Handlungsplan, Zielsetzung	Aussage muss Ziele oder abstrakte Handlungsplanung als Hauptdomäne haben
Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungen	Erinnerung, Gedächtnis, Treffen von Entscheidungen	Aussage muss Erinnerung, Gedächtnis oder Entscheidung als Hauptdomäne haben
Umweltbedingter Kontext und Ressourcen	Ressourcen, Organisationskultur/-klima, Umgebungsstress, Interaktionen mit der Umgebung	Aussage muss Ressourcen, Arbeitsumfeld, Interaktion mit der Umgebung als Hauptdomäne haben
Soziale Einflüsse	Soziale Unterstützung, Normen, Identität/Standing in der Gruppe	Aussage muss sozialen Druck, Identität/Standing in der Gruppe oder soz. Konflikte als Hauptdomäne haben
Emotionen	Zufriedenheit, pos. Emotionen	Aussage muss Zufriedenheit oder andere positive Emotionen als Hauptdomäne haben
Verhaltensregulation	Selbst-Beobachtung, Selbstreflexion, Verhaltensänderung, Handlungsplanung	Aussage muss Selbstreflexion, aktive Verhaltensänderung, abstrakte langfristige Handlungsplanung als Hauptdomäne haben

TDF-Domäne	Definition für Codierleitfaden	Codierregel
Barrieren		
Wissen	Wissen über z.B. Absaugvorgang, Risikomanagement od. Atemtherapie	Aussage muss fehlendes Wissen als Hauptdomäne haben
Fähigkeiten	Durch Übung erreichtes Können	Aussage muss fehlende praktische Fähigkeiten/Können als Hauptdomäne haben
Soziale/Professionelle Rolle/Identität	Professionelle Rolle, Identität, Grenzen od. Selbstvertrauen; Identität im Gruppengefüge	Aussage muss Rolle/Identität als Hauptdomäne haben
Glaube über Fähigkeiten	Selbstvertrauen, Selbstwahrnehmung über Können, Selbsteffizienz-Gefühl, Empfinden von prof. Autonomie	Aussage muss fehlendes Selbstvertrauen, neg. Selbstwahrnehmung od. Selbsteffizienz als Hauptdomäne haben
Optimismus	Negative Einstellung gegenüber dem Absaugen	Aussagen muss Pessimismus oder pessimistische Einstellung als Hauptdomäne haben
Glaube über Konsequenzen	Erwartungen über Auswirkungen der eigenen Handlungen	Aussage muss fehlenden Glaube über Auswirkungen, Ergebnisse oder Konsequenzen als Hauptdomäne haben
Verstärkung	Konsequenzen od. Bestrafung	Aussage muss Bestrafung oder Ausbleiben von Belohnung als Hauptdomäne haben

TDF-Domäne	Definition für Codierleitfaden	Codierregel
Barrieren		
Absichten/Intentionen	Entscheidungen eine Handlung (Absaugen) nicht zu setzen od. nicht setzen zu wollen	Aussage muss fehlende Absichten, Intentionen oder konkrete Handlungsplanung als Hauptdomäne haben
Ziele	Implementierungsabsicht, Handlungsplan, Zielsetzung	Aussage muss fehlende Ziele oder abstrakte Handlungsplanung als Hauptdomäne haben
Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungen	Erinnerung, Gedächtnis, Treffen von Entscheidungen, Mentale Ermüdung	Aussage muss fehlende Erinnerung, schlechtes Gedächtnis oder ment . Ermüdung als Hauptdomäne haben
Umweltbedingter Kontext und Ressourcen	Materielle Ressourcen, Organisationskultur/-klima, Umgebungsstress, Interaktionen mit der Umgebung	Aussage muss fehlende Ressourcen, neg. Arbeitsumfeld, neg. Interaktion mit der Umgebung als Hauptdomäne haben
Soziale Einflüsse	Soziale(r) Druck, Normen, Konflikte in der Gruppe, Identität/Standing in der Gruppe	Aussage muss sozialen Druck, Identität/Standing in der Gruppe oder soz. Konflikte als Hauptdomäne haben
Emotionen	Angst, Stress andere neg. Emotionen	Aussage muss Angst, Stress oder andere negative Emotionen als Hauptdomäne haben
Verhaltensregulation	Selbst-Beobachtung, Selbstreflexion, Verhaltensänderung, Handlungsplanung	Aussage muss neg. Selbstreflexion, fehlende Verhaltensänderung, fehlende Handlungsplanung als Hauptdomäne haben

Literatur:

1. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011;6(1):42.
2. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science*. 2012;7:1-17.