

# Sommerpraktikum 2012 in Dublin, Irland



## Nötige Vorbereitungen:

Als klar war, dass ich im Sommer für mein vierwöchiges Ganztagspraktikum zum St. James Hospital nach Dublin konnte, begann ich voller Vorfreude mit den Vorbereitungen:

Versicherungstechnisch abgedeckt war ich in den Zeiten des Praktikums für Unfall- und Berufshaftpflichtversicherung durch das St. James Hospital, Dublin.

Von Freunden bekam ich Reiseführer verschiedener Formen, Größen und Inhalte, aufgrund derer ich schon einmal meine weiteren (Reise-) Ziele absteckte.

Noreen, Tutorin (Lehrkraft der Klinik) der Orthopädischen und Chirurgischen Einheit des St. James' Hospitals, Dublin, die mir das Praktikum von Irischer Seite her überhaupt ermöglichte und sich vor Ort am intensivsten meiner annahm, versorgte mich schon im Voraus mit allerlei Dokumenten und Power Point Präsentationen zu bestimmten Krankheitsbildern, Osteosynthese-Techniken, krankenhausinternem Regelwerk zu Abkürzungen, sowie zu physiotherapeutischen Behandlungsgrundsätzen.

## Auf die Plätze, fertig... Los!

Am Montag, den 30.08.2012 flog ich nach Dublin um dort nach einer Woche Spracheinstieg durch Stadt-Gewöhnung (...also Sight-Seeing pur!) mein diesjähriges 4-wöchiges Sommerpraktikum zu leisten.

Am Flughafen empfangen wurde ich von José, welcher mir freundlicher für jenen Zeitraum seine Wohnung unter-vermietete (lange Geschichte!).

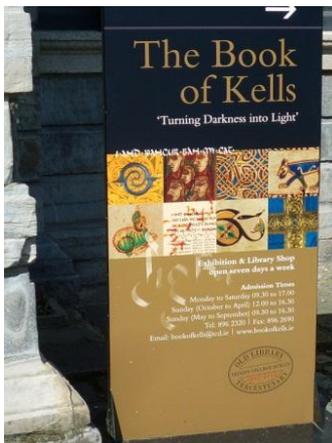


Es war eine kleine, aber feine Zwei-Zimmer-Wohnung in Ranelagh, einem der nettesten Viertel Dublins. Was für ein Glücksgriff!

Darüber hinaus durfte ich noch sein Fahrrad, bzw. seine Jahreskarte für die Stadt-Räder nutzen, sodass ich günstig mobil war.

Um die Ecke lagen genügend nette Restaurants, Pubs, Cafés, Bars, Imbisse, Lebensmittelläden, Bäckereien... Mit dem Rad war ich nach schnellen 10min im Stadtkern.

Die erste Woche nutze ich um die Stadt für mich zu erkunden, die wichtigsten Sightseeing-Highlights abzudecken und meine Arbeitskleidung zu besorgen.



Für die Physiotherapeutische Arbeit im St. James Hospital in Dublin war gewünscht:

„eine dunkelblaue Leinenhose“,

“eine weiße Bluse oder Polo-Shirt“,

“dunkelblaue oder schwarze Socken“ und

“dunkelblaue oder schwarze Schuhe“.

Das beschäftigte mich anfänglich doch sehr, da auch wir Schüler vom Uniklinikum Düsseldorf mit Kassaks und Hosen ausgestattet werden. So hatte ich keine Ahnung, wie sportlich oder auch schick es in Dublin üblich war.

Ich entschied mich schließlich für eine schlichte, aber bequeme (!) Leinenhose mit passendem, schlichtem Poloshirt. Damit lag ich, wie sich hinterher herausstellte, immerhin zufriedenstellend im unteren Mittelmaß der durchschnittlich anzutreffenden Schickheit.

## Die Einführung:

An dem Dienstag eine Woche später (aufgrund eines Nationalen Feiertages am vorherigen Tag) ging es also für mich los.

Aufgeregt genug kam ich nach einer 30minütigen Fahrradtour am Kanal entlang (s. rechtes Bild) zum St. James Hospital, Dublin 8.



Dort sehr nett empfangen und eingewiesen wurde ich von Noreen. Sie hatte sich für mein Praktikum am St. James' Hospital, Dublin eingesetzt und war für diese Zeit für mich als Tutor

(Lehrerrolle der Klinik; Praktikumsbegleitung vorzüglich in der Theorie) zuständig.

Wir tauschten uns aus über die groben Unterschiede des Physiotherapie Studiums in Dublin im Vergleich zur deutschen Ausbildung des Universitätsklinikums Düsseldorf und besprachen weiterhin die Erwartungen beider Seiten an mein Praktikum sowie den groben Ablauf der bevorstehenden vier Woche.

	<b>Irland (PT- Studium)</b>	<b>Deutschland (PT- Ausbildung)</b>
<b>Dauer</b>	4 Jahre	3 Jahre
<b>Abschluss</b>	Bachelor of Science (PT)	Staatsexamen (PT)
<b>Praktikumseinsätze</b>	insgesamt ca. 9 verschiedene akut, Reha- Kliniken	insgesamt ca. 15 verschiedene akut, Reha-Kliniken, Praxen
<b>Praktikumsstruktur</b>	Blockpraktika je 6-8 Wochen	Parallel zu Unterrichtseinheiten je 5-6 Wochen



### Praktikumszeiten und -extras:

Ich wurde Praktikantin der Trauma-Chirurgischen Abteilung, welche sich über 3-4 Stationen erstreckte.

Ab sofort war ich täglich von 8.30Uhr bis 16.00Uhr auf Station; inklusive einer halben Stunde Tea-Break und einstündiger Mittagspause.

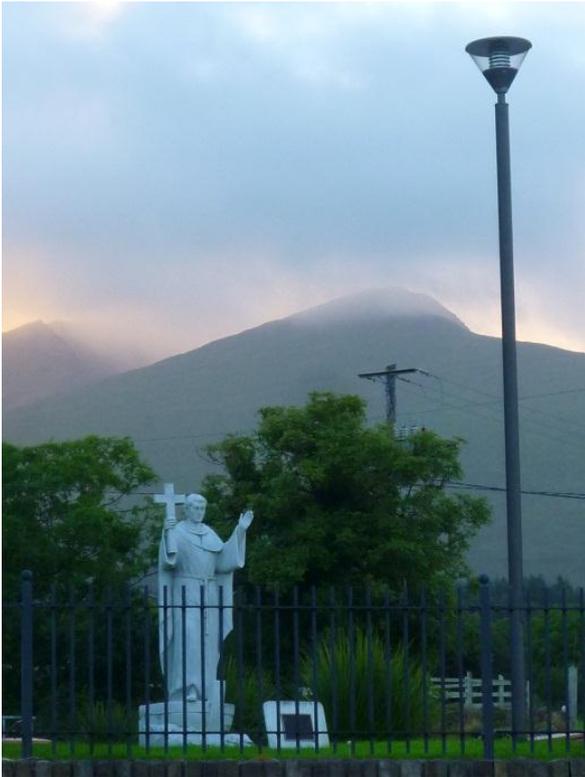
Das Patienten Klientel setzte sich vorzüglich aus älteren Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen und weiterhin quantitativ beinahe gleichen Unterschenkel-, Schulter-, Unterarmfrakturen sowie verschiedenen gelaufenen Gelenkarthroskopen zusammen.

Aufgrund der Standards des Akutkrankenhauses fokussieren sich hier die Ziele der physiotherapeutischen Behandlung auf die Selbstständigkeit des Patienten vor allem in Transfers und Mobilität. So muss zum Beispiel jeder Patient sicher die Treppe laufen können, bevor es zur Entlassung kommen kann.

Mittwochs trafen wir uns um 7.30Uhr auf Station in einem kleinen Lehrraum. Mit einem frischen Tee oder wahlweise auch Kaffee in der Hand lauschten wir Physios gemeinsam mit Ärzten, PJ-lern und interessierten Pflegern einer Präsentation des leitenden Chefarztes beispielsweise über die Arthroskopie der Hüfte.

Ebenso mittwochs, eine halbe Stunde vor der Mittagspause, fanden sich alle Physiotherapeuten der Orthopädischen und Chirurgischen Abteilung zu einer internen Fortbildung wieder. Dieses fand aus eigenen Kreisen zu variablen Themen statt. Meist beinhalteten sie neueste Studien zu bestimmten Krankheitsbildern sowie zugehörigen, sinnvollen Behandlungsansätzen. So erfuhr ich z.B. Einiges zu (Teil-) Abrissen der Rotatoren- Manchette und evidenz-basierten Behandlungsmöglichkeiten.

Donnerstags fingen wir um 6.00Uhr an, für die morgendliche Visite.



Hier haben die Physiotherapeuten teil um Allgemeinzustände, Fortschritte bekannter und vor allem neuer Patienten mit Ärzten und Pflegern auszutauschen. Die Visite ist interdisziplinär locker gestaltet und beruht sehr auf Gleichwertigkeit zwischen ärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung, bzw. dem diesbezüglichen Informationsaustausch zugunsten des Patienten. Bei der morgendlichen Visite läuft jeweils ein Physiotherapeut mit jedem Oberarzt mit. So war es mir in der letzten Woche möglich - meinen Zielen nach- die Visite für einen Teil der Patienten in der Rolle der Physiotherapeuten in die Hand zu nehmen.

### Praktikumsbetreuung:

Ende der ersten Woche setzte ich mich mit Noreen (meine Tutorin) zusammen um SMART-Ziele für mein Praktikum zu erstellen. Diese reichten von Eigenrecherche zu Schmerzmedikamenten über Krankheitsbild-spezifische Behandlungen bis hin zur Eigenverantwortung bei der morgendlichen Visite.

Je nach Ziel verabredete ich mich für dessen Verwirklichung mit Tutorin oder Festangestellter der Station.

Beispielsweise besprach ich Ergebnisse zur Schmerzmedikation mit Noreen und traf Absprachen zur Visite mit der Festangestellten der Abteilung.

Zusätzlich bekam ich durch jene praktikumsinterne Tutorin und Festangestellte der Abteilung eine konstante Betreuung. Sie standen mir sowohl bei theoretischen, Patienten-Dokumentation bezogenen sowie praktischen, behandlungstechnischen Fragen zur Seite. So war ich zu keinem Zeitpunkt, an dem Unsicherheiten hätten aufkommen können, nur auf mich alleine gestellt oder ohne Ansprechpartner.

Abgesehen vom täglichen Austausch, möglichen Problem- sowie Patienten-Besprechungen, trafen wir uns nach zwei Wochen offiziell zur zwischenzeitlichen Evaluation. Diese wurde ebenso in Zusammenarbeit von Tutorin und für mich hauptverantwortlich Festangestellter bewertet und erstellt. Dazu gibt es entsprechend der Menge bisheriger Praktika mehrseitige, sehr detailreiche und präzise formulierte Bewertungsbögen. Jene sind unterteilt in verschiedene Bereiche mit jeweils verschiedenen Abstufungen der Ausführung zur



Bewertung: Hierzu gehören beispielsweise Selbstständigkeit, intra-, interdisziplinäre Teamarbeit, Patientenkontakt, Fachkompetenz, Dokumentation.



Gerade diese zwischenzeitliche Evaluation half mir sehr mich noch sicherer im physiotherapeutischen Klinik-Alltag des St. James Hospitals zurechtzufinden.

Durch jene bekam ich eine direkte, präzise Rückmeldung, was ich gut zufriedenstellend machte und was noch ausbaufähig war. Durch das „aus dem Weg Räumen“ mancher kultureller, sprachlicher oder auch arbeitstechnischer Missverständnisse und der jeweiligen konstruktiven Kritik konnte ich mich zum Praktikumsende hin von 59% auf 82% der zu erreichenden Punktezahl steigern.

Aufgrund der zeitgleichen Irischen Semesterferien war ich die einzige Schüler Praktikantin.

Das hat natürlich –wie das immer so ist- seine Vor- und Nachteile:



Es war niemand Gleichgesinntes, mit dem ich mich hätte austauschen können, in der Physio-Abteilung, in der ich tätig war. Hingegen bekam ich allerdings eine sehr intensive Betreuung mit viel Aufmerksamkeit, Zeit und Mühe der Festangestellten und Tutorin.

Im Gegensatz zum Praktikum der dt. Ausbildung lief ich in Irland zu 95%

mit Festangestellten mit oder übernahm in dessen Anwesenheit zuerst einen Teil, später eine vollständige Befundaufnahme oder Behandlung. Abgesehen von wenigen, unkomplizierten Gangschulen, behandelte ich keinen Patienten ohne Aufsicht.

So bin ich den ersten Tag mit zu den Patienten gegangen, die meist sowieso eine Behandlung zweier Therapeuten benötigten und konnte mich da zumindest bei Transfers und Gangschulen engagieren.

Schon am zweiten Tag hingegen kam es dazu, dass ich mit einer Patientin mit Typ C - Wirbelkörperfrakturen Th 11- L 2 (und weiteren Nebenverletzungen) das ihr schon bekannte „bridging“ durchgehen sowie mir eine Übung für Bauch- und Hüftbeugemuskeln einfallen lassen und ihr anleiten sollte.

Die Tage darauf besprachen wir ausführlich die Irischen Anamnese-Standards und ich übernahm zunächst in Anwesenheit einer Festangestellten, später alleine das Anamnesegespräch bei neu aufgenommenen Patienten; meist mit Malleolus-, Unterschenkel- oder Oberschenkelhalsfrakturen. Hier war es vor allem wichtig die vorherige Mobilität sowie die häusliche Situation und Möglichkeiten eventueller Inanspruchnahme von Hilfe durch Angehörige abzuklären.



Es steigerte sich dazu, dass ich vorzüglich die Gang- und Treppenschule bei den Patienten mit betroffener unterer Extremität (Zehen bis Hüfte/ Becken) leitete.

Ebenfalls war ich nun für die Inspektion (optischer, taktiler Befund) neuer Patienten zuständig. Dieser beinhaltete ferner die Untersuchung bezogen auf Sensibilitäts-, Durchblutungs-, motorische oder gelenkbewegliche Ausfälle oder Störungen.

Ab der dritten Woche behandelte ich mehrere Patienten und Neuaufnahmen in voller Eigenverantwortung, aber dennoch mit Supervision der Festangestellten oder Tutorin.

Ich bekam eine Übergabe mit Name, Station und Zimmer des Patienten. Daraufhin suchte ich mir die nötigen Vorab-Informationen wie Alter, Diagnose, ärztliche Therapie, post-OP Vorgaben und Kontraindikationen aus der Patientenakte, klärte –wenn noch nötig- genaue Angaben zu Belastungsgrenzen mit dem zuständigen Chef- oder Oberarzt und erkundigte mich bei der Pflege über den allgemeinen Zustand und eventuelle Besonderheiten.



Ich ging also zum jeweiligen Patienten, führte in Anwesenheit einer Festangestellten oder der Tutorin das Anamnese-Gespräch und übernahm die Aufklärung über Krankheitsbild, -versorgung und Kontraindikationen. Ich erhob einen optischen, taktilen Befund und führte nötige spezifische Untersuchungen durch, sodass ich anschließend die Transfers, Gangschule und verschiedene Übungen zum Eigenprogramm anleitete.

Direkt im Anschluss an meine jeweiligen Therapieeinheiten und Behandlungen bekam ich im Gespräch mit dem jeweiligen Supervisor eine konstruktive Rückmeldung zu Auffälligkeiten oder elementaren Themen wie z.B. Patientenkontakt, Untersuchungstechniken und Behandlungsdurchführung.

## Dokumentation:

Ein großes Augenmerk wurde auf die SOAP-Notes gelegt, nach welchem Schema in Patientenakten dokumentiert wurde.

### S –ubjective:

Einverständnis zur PT-Beh., Verbale Anamnese: Alter, Unfallhergang, medizinische Versorgung, Schmerzeinschätzung nach VAS ( [http://www.geriatrie-bochum.de/gif/bild\\_visuelle\\_analog\\_skala.gif](http://www.geriatrie-bochum.de/gif/bild_visuelle_analog_skala.gif) ), Umweltfaktoren (z.B. Hilfsmittelversorgung, häusliche, pflegerische Situation und Betreuung, Familie)

### O –bjectives

Bewegungsausmaße, Transfers, Grad der Mobilisation bezogen auf Quantität und Qualität (Gang, Treppe: Hilfsmittel, Anzahl der betreuenden Personen, zurückgelegte Strecke), generelle Auffälligkeiten,

### A –nalysis

Formulierung des Patienten- spezifischen Problems (Leitsymptom)

### P –lan (treatment)

Zielformulierung nach SMART-Kriterien inklusive Maßnahmenpool

([http://de.wikipedia.org/wiki/SMART\\_%28Projektmanagement%29](http://de.wikipedia.org/wiki/SMART_%28Projektmanagement%29))

Diese sind folgendermaßen zu differenzieren:

<b>Short Term Goals (STG)</b>	<b>Long Term Goals (LTG)</b>
Kurzzeitziele	Langzeitziele
bezogen auf die akute Phase	bezogen auf die Langzeitausheilung
Struktur-, funktionsspezifisch (Gelenk, Muskulatur etc.)	Aktivitäts-spezifisch (Alltag)
in der Zeit des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus	nach Krankenhausentlassung bis Zustand vor dem Unfall wieder erreicht
Transfers, Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)	Partizipation (Alltag, Beruf, Sport, Hobbies etc.)

In den Notizen dürfen nur Abkürzungen gebraucht werden, welche in dem vielseitigen krankenhausinternen Nachschlagewerk vertreten sind. Dadurch soll Verwechslungen und Unklarheiten in Patientenakten vorgebeugt werden.

Page 1 of 35



St. James's Hospital  
Multi-disciplinary Abbreviations Guidelines  
Guideline No: SJH-COR (G):009

---

<p><b>Ownership:</b> Abbreviation Sub-group <b>Approved by:</b> Ms. E. Hardiman Deputy CEO/Operations Manager <b>Effective from:</b> July 2008 <b>Document History:</b> Version 1, July 2008</p>	<p><b>Reviewed by:</b> Risk Management Committee Hospital Medical Board <b>Signature:</b> <i>Ms. E. Hardiman (On File)</i> <b>Revision due:</b> July 2010</p>
--	---

These guidelines replace all existing policies from July 2008 onwards and are due for review in July 2010. It will be reviewed during this time as necessary to reflect any changes in best practice, law, and organisational, professional or academic change.

**Distributed to:** All healthcare professionals, cascaded through their line manager. Available on the hospital intranet through the Policies, Protocols and Guidelines link

Contents	Page
Background	2
Guide-line Statement	2
Processes	2 – 3
Acceptable Abbreviations A-Z	4 – 17
Place Names	18
Staff Titles	19
Other/Miscellaneous	20

Manche waren mir schon zuvor bekannt: a/ pROM = active/ passive Range of Motion). Einige lernte ich schnell, da sie ständig gebraucht wurden: Hx = History, CXR = Chest X- Ray)

Für die anderen hatte ich immer ein kleines Heftchen bei mir, um sicher zu gehen, dass keine Verwechslungen stattfinden konnten.

Zur Mitte meiner Praktikumszeit hin wurde das ganze Dokumentationssystem des Krankenhauses

umgestellt: Von nun an sollen auch die Physiotherapeuten präzise SOAP-Notes in die Patientenakte eintragen und nicht, wie zuvor, dort nur Kurznotizen eintragen und zusätzlich eigene detailliertere Patientenkarteeien führen.

### Interdisziplinäre Arbeit:

Die interdisziplinäre Arbeit schien in Irland noch größer geschrieben zu werden als in Deutschland: Zweimal die Woche treffen sich Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten, Sozialhelfer und Ärzte um Patienteninformationen in allen für sie wichtigen Bezügen auszutauschen und zu besprechen, sodass eine komplette Hand-in-Hand –Behandlung der verschiedenen medizinischen Bereiche stattfinden kann.

Die Physiotherapeutische Arbeit und Einschätzung ist selbstverständlich vom Pflegepersonal für den Krankenhausalltag, aber genauso auch von den Ärzten gefragt, in Fragen zu Fortschritt und Entlassungseinschätzung/ -sicherheit.



Bevor es zu jener Entlassung kommen kann, besprechen sich Physiotherapeuten vor allem mit den ‚Occupational Therapists‘ um die körperlichen Möglichkeiten des Patienten sowie seine häusliche Situation und gegebenenfalls dessen nötige, vorübergehende Umgestaltung (Schlafzimmer und Bad auf einer Etage, Hilfe in den ADLs (Activities of Daily Living, Aktivitäten des täglichen Lebens) aufeinander abzustimmen.

In komplexeren Patienten-Fällen werden Familientreffen organisiert. Bei diesen treffen medizinisches Personal sowie Pflege-, Familienangehörige zusammen und schmieden Pläne für die neue, zukünftige Situation zu Hause.



Zum Arbeitsbereich der Occupational Therapists gehört dementsprechend je nach Patientenfall ein Hausbesuch um oben Genanntes abzuklären und adäquat anzupassen. Leider war es mir aus organisatorisch zeitlichen Gründen nicht möglich einmal daran teilzuhaben.

#### Eigenrecherche und Befunde:

Besonders in den ersten Tagen lag ein Fokus auf der theoretischen Durcharbeitung von Patienten-Akten. Durch ausführliche Informationen von ärztlicher und besonders von pflegerischer Seite war es möglich vorab einiges über den Patienten zu erfahren. Kamen dabei Fragen auf -insbesondere zu angewandten Therapie-Techniken, Nebenerkrankungen oder Medikamentengabe- war es meine Aufgabe diese für den nächsten Tag in Eigenarbeit zu



recherchieren sowie anschließend der jeweiligen Begleitung kurz und knapp vorzutragen.

Für die Zeit des Praktikums sollte ich neben dem Alltag auf Station einen Vortrag über die Unterschiede zwischen Deutschem und Irischem Gesundheitssystem sowie drei Befunde in Form von Power-Point-Präsentationen gestalten.

Die Befundpräsentationen der St. James' Standards enthalten zusätzlich zu der aus Deutschland bekannten Anamnese, Inspektion und den spezifischen Untersuchungen (siehe SOAP Notes) Studien zu adäquaten Behandlungsmaßnahmen und zu erwartenden Therapieergebnissen sowie anzuwendender, Evidenz basierter Tests zur Dokumentation des Behandlungserfolges. Des Weiteren werden die Therapieziele in Kurzzeit- und Langzeitziele unterteilt (siehe SOAP Notes).

Normalerweise werden die Patientenbeispiele in der Runde mit Tutor und allen Studenten der gleichen Praktikumsfachrichtung vorgestellt, sodass man auch von der Arbeit der anderen etwas lernen und evtl. für eigene Behandlungen in Erwägung ziehen kann.

Netterweise wurde ich aufgrund meiner kurzen Praktikumseinsatz-Zeit und dem mir zugestandenen „Ausländer/ Fremdsprachen-Bonus“ verschont in einer PT-internen Fortbildungsrunde eine weitere Präsentation mit neuesten evidenz-basierten Studien zu einem beliebigen Krankheitsbild und jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten zu halten.



#### Andere spaßbereitende Angelegenheiten:

Im Anschluss an das Praktikum nutze ich meine restliche freie Zeit (drei Wochen) um das Land mit Familie, auf einer „Paddy Waggon Tour“ und auf eigene Faust zu erkunden. Durch Gespräche mit den irischen Kollegen erhielt ich Anregungen, spezifische Reisetipps und gute Kontakte, sodass ich gute  $\frac{3}{4}$  des

Landes zu sehen und auf verschiedene Weisen zu erfahren bekam.

### Abschließend:

...ist zu sagen, dass ich mich auch im Nachhinein immer wieder daran erfreue, diese Möglichkeit des Praktikumseinsatzes in Dublin gehabt zu haben. Ich konnte wunderbare Erfahrungen sammeln und vor allem auch Physiotherapie-bezogen teils anderes Gedankengut, Behandlungsansätze und Unterschiede der Gesundheitssysteme kennen lernen.



Ich danke allen, die mir dies durch ihre Mühen und Einsatz ermöglicht haben:

Zunächst einmal Noreen und Frau Schmidt (Leitung der Schule für Physiotherapie am Universitätsklinikum Düsseldorf)

...und weiterhin meinen Eltern für ihre wunderbare Unterstützung!

### Eventuell Zukünftiges:

In der Theorie angedacht ist ein jährlicher Praktikanten-Austausch zwischen den beiden



Kliniken, soweit sich beidseitig interessierte, motivierte SchülerInnen finden lassen. Ein großes Angebot des UKDs, auch Praktikanten im primär englischen Bereich zu betreuen, unterstützt das Vorhaben sehr. So können auch den Irischen Studenten eine eventuelle sprachliche Hemmschwelle genommen und Barrieren beseitigt werden.

*Text und Bild von Sina Rennhak*

*(Schülerin der Physiotherapie am Universitäts-Klinikum Düsseldorf 2010/13)*

