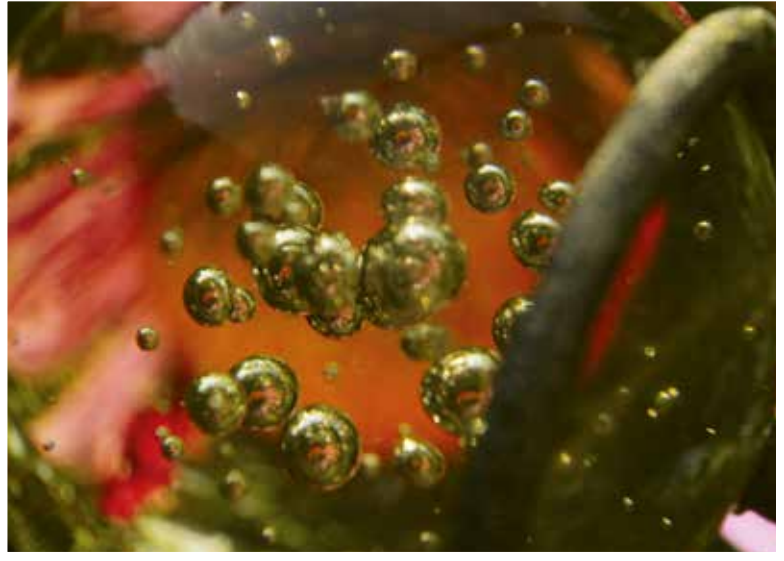




OTIPM

Occupational Therapy Intervention Process Model

Ein Modell zum Planen und Umsetzen
von klientenzentrierter, betätigungs-
basierter Top-down-Intervention

Anne G. Fisher
übersetzt von Barbara Dehnhardt



Anne G. Fisher

OTIPM

**Occupational Therapy Intervention Process Model
Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention**

Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter,
betätigungsbasierter Top-down-Intervention

übersetzt von Barbara Dehnhardt

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber



Deutscher Verband
Ergotherapie

Die Übersetzerin



Barbara Dehnhardt

Ergotherapeutin, war von 1980-1999 Ausbildungsleiterin der Ergotherapieschule am Annastift Hannover. Von 1986 bis 1996 vertrat sie als Delegierte den DVE im Weltverband der Ergotherapeuten. Sie hat bereits mehrere Assessments ins Deutsche übersetzt, wie z.B. ACIS, COPM und OPHI-II.

Anne G. Fisher

OTIPM

Occupational Therapy Intervention Process Model Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention

Ein Modell zum Planen und Umsetzen von
klientenzentrierter, betätigungsbasierter
Top-down-Intervention

übersetzt von
Barbara Dehnhardt



**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

3., unveränderte Auflage 2022

2., geringfügig überarb. Auflage 2018 – erschienen unter der ISBN 978-3-8248-1179-3

1. Auflage 2014 – erschienen unter der ISBN 978-3-8248-1179-3

ISBN 978-3-8248-1302-5

eISBN 978-3-8248-0968-4

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2022

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Umschlagfoto: Bernhard Ferber

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann, Tanja Bangert

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

medienhaus Plump GmbH, Rolandsecker Weg 33, 53619 Rheinbreitbach

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von der Übersetzerin und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Übersetzerin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

© Originalausgabe dieses Werkes:

Fisher, A. G. (2009). Occupational Therapy Intervention Process Model.

A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, CO (USA): Three Star Press.

Mit freundlicher Genehmigung zur Übersetzung durch Anne Fisher.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Anmerkungen zur Übersetzung.....	11
1 Einführung	13
1.1 Klientenzentrierte Ergotherapie	15
1.1.1 Den Klienten da abholen, wo er steht.....	16
1.1.2 Wer ist der Klient?	17
1.1.3 Einige „warnende Worte“ zu klientenzentriertem Arbeiten	18
1.2 Ergotherapeutische Top-down-Evaluation.....	19
1.2.1 Top-down-Ansatz	19
1.2.2 Bottom-up-Ansatz	20
1.2.3 Top-to-Bottom-up-Ansatz	22
1.3 Betätigungsbasierte Evaluation und Intervention	23
1.3.1 Definition einiger Schlüsselbegriffe	23
1.3.2 Betätigung (occupation)	24
1.3.3 Aktivität versus Aufgabe	25
1.3.4 Bedeutung und Zweck.....	26
1.4 Überblick über das OTIPM.....	28
1.5 Theoriegeleitetes versus prozessgeleitetes Reasoning	33
1.6 Zusammenfassung	34
2 Von Ergotherapeuten eingesetzte Interventionsarten.....	37
2.1 Übliche Interventionsmethoden.....	39
2.1.1 Vier Kontinua, mit denen als Therapie eingesetzte Aktivitäten evaluiert werden können	40
2.1.2 Drei Schwerpunkte der Intervention	42
2.1.3 Sechs verschiedene Aktivitäten als Intervention	42
2.2 Legitime Aktivitäten für die Ergotherapie.....	53
3 Annahmen über Menschen und Prinzipien der Intervention	57
3.1 Theoretische Annahmen	59
3.2 Interventionsprinzipien.....	62
3.2.1 Allgemeine Prinzipien	62
3.2.2 Prinzipien adaptiver Betätigung	66
3.2.3 Prinzipien akquisitorischer und restitutiver Betätigung	71
3.2.4 Prinzipien betätigungsbasierter Edukationsprogramme	72
4 Das OTIPM als Reasoningmodell zur Umsetzung ganzheitlicher Ergotherapie – Klientenbeispiel: Bev.....	75
4.1 Den klientenzentrierten Performanzkontext erstellen.....	78
4.1.1 Den Performanzkontext definieren.....	79
4.1.2 Wechselbeziehung der 10 Dimensionen des klientenzentrierten Performanzkontexts	82

4.1.3	Die 10 Dimensionen zum Sammeln umfassender Informationen nutzen, nicht als Interviewleitfaden	82
4.1.4	Zwischen globalem und spezifischem klientenzentrierten Performanzkontext unterscheiden	83
4.1.5	Verbindung zu anderen Praxismodellen herstellen	83
4.1.6	Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen – Erstverordnung	84
4.1.7	Klientenzentrierten Performanzkontext erstellen – ergotherapeutisches Anfangsinterview	85
4.2	Klientenbeispiel: Bev – den klientenzentrierten Performanzkontext erstellen.....	87
4.2.1	Bev: Erstverordnung	87
4.2.2	Bev: Vorbereitung auf das ergotherapeutische Interview.....	87
4.2.3	Bev: den Hausbesuch initiieren und das ergotherapeutische Interview durchführen	88
4.2.4	Bev: Wer ist die Klientin?	94
4.3	Therapeutische Beziehung und partnerschaftliche Zusammenarbeit entwickeln	94
4.4	Klientenbeispiel: Bev – therapeutische Beziehung und partnerschaftliche Zusammenarbeit entwickeln	95
4.5	Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden.....	95
4.6	Klientenbeispiel: Bev – Ressourcen und Einschränkungen im klientenzentrierten Performanzkontext herausfinden.....	96
4.7	Berichtete Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz erkennen und priorisieren	97
4.8	Klientenbeispiel: Bev – berichtete Stärken und Probleme der Betätigungsperformanz erkennen und priorisieren	100
4.9	Aufgabenperformanz des Klienten beobachten und Performanzanalyse einsetzen.....	101
4.10	Klientenbeispiel: Bev – Aufgabenperformanz des Klienten beobachten und Performanzanalyse einsetzen	104
4.11	Aktionen, die der Klient effektiv, und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben	105
4.12	Klientenbeispiel: Bev – Aktionen, die der Klient effektiv, und solche, die er nicht effektiv ausführt, definieren und beschreiben.....	106
4.12.1	Narrative Zusammenfassung unserer Beobachtungen	106
4.12.2	Bevs globales Eingangs-Performanzniveau zusammenfassen ..	107
4.12.3	Eine Liste der wichtigsten Aktionen erstellen	107
4.12.4	Die wichtigsten Aktionen zu sinnvollen Clustern gruppieren ..	108
4.12.5	Bevs spezifisches Eingangsniveau der Performanz zusammenfassen	109
4.13	Die Ursache definieren/abklären oder interpretieren	110
4.13.1	Die Ursache innerhalb des echten Top-down-Reasoning-Rahmens des OTIPM abklären (versus Top-to-Bottom-up Rahmen).....	112

4.14	Klientenbeispiel: Bev – die Ursache definieren/abklären oder interpretieren	113
4.15	Eingangsbefund und Ziele des Klienten dokumentieren	114
4.16	Klientenbeispiel: Bev – Ziele des Klienten dokumentieren	116
4.17	Interventionsmodell auswählen und betätigungs-basierte Intervention planen und umsetzen	117
4.18	Klientenbeispiel: Bev – Interventionsmodell auswählen und betätigungs-basierte Intervention planen und umsetzen.....	118
4.18.1	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 1, restitutive Betätigung planen, um Körperfunktionen wiederherzustellen, und akquisitorische Betätigung, um Betätigungsfertigkeit wiederzuerlangen.....	118
4.18.2	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, eine standardisierte AMPS-Performanzanalyse durchführen und Bev bei zwei ADL-Aufgaben beobachten.....	120
4.18.3	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, Ursache definieren/abklären	121
4.18.4	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 2, adaptive Betätigung auswählen und implementieren, um ineffektive Aktionen zu kompensieren	121
4.18.5	Klientenbeispiel: Bev – weitere Intervention planen und implementieren	123
4.18.6	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 3, adaptive Betätigung in Bezug auf die Kleiderstange und die Schuhe implementieren	129
4.18.7	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 4, auf verbesserte Betätigungs-performanz hin überprüfen.....	130
4.18.8	Klientenbeispiel: Bev – Sitzung 4, Intervention in Bezug auf Kochen evaluieren und implementieren	131
4.19	Auf verbesserte Betätigungsperformanz hin re-evaluieren	133
4.20	Den Klienten entlassen.....	135
4.21	Klientenbeispiel: Bev – den Klienten entlassen	135
4.22	Zusammenfassung	135

5 OTIPM als Reasoningmodell zur Evaluation sozialer Interaktionsfertigkeiten – Klientenbeispiel: Ben 137

5.1	Übersicht über das Kapitel.....	139
5.2	Die ergotherapeutische Anfangserhebung durchführen.....	139
5.3	Phase I der ergotherapeutischen Anfangsevaluation dokumentieren .	140
5.4	Bens Gesamtqualität sozialer Interaktion zusammenfassen	141
5.5	Die sozialen Interaktionen definieren und beschreiben, die Ben effektiv und die er nicht effektiv ausführt	143
5.6	Bens spezifische Eingangsqualität sozialer Interaktion zusammenfassen.....	149

5.7	Klientenzentrierte Ziele aufgrund der Ergebnisse einer ESI-Beobachtung entwickeln	152
5.8	Betätigungsbasierte Intervention entwickeln	153

6 Motorische und prozessbezogene Fertigkeiten und soziale Interaktionsfertigkeiten..... 155

6.1	Begründung für das Dokumentieren der Qualität von Betätigungsperformanz.....	160
6.2	Motorische Fertigkeiten	163
6.2.1	Körperposition.....	163
6.2.2	Gegenstände erreichen und halten	164
6.2.3	Sich selbst und Gegenstände bewegen.....	165
6.2.4	Ausführung aufrechterhalten	166
6.3	Prozessbezogene Fertigkeiten	167
6.3.1	Ausführung aufrechterhalten	167
6.3.2	Wissen anwenden	168
6.3.3	Zeitliche Organisation.....	169
6.3.4	Raum und Gegenstände organisieren	170
6.3.5	Ausführung anpassen.....	172
6.4	Soziale Interaktionsfertigkeiten.....	174
6.4.1	Soziale Interaktion initiieren und beenden	174
6.4.2	Soziale Interaktion produzieren.....	175
6.4.3	Soziale Interaktion körperlich unterstützen	175
6.4.4	Inhalt der sozialen Interaktion ausformen	177
6.4.5	Fluss der sozialen Interaktion aufrechterhalten.....	179
6.4.6	Soziale Interaktion verbal unterstützen	180
6.4.7	Soziale Interaktion anpassen.....	181
6.5	Nicht-standardisierte Bewertungskriterien	182
6.5.1	Betätigungsperformanz – Anstrengung	182
6.5.2	Betätigungsperformanz – Effizienz.....	182
6.5.3	Betätigungsperformanz – Sicherheit	183
6.5.4	Betätigungsperformanz – Notwendigkeit erhaltener Hilfe oder Unterstützung	184
6.5.5	Betätigungsperformanz – Soziale Angemessenheit	184
6.5.6	Betätigungsperformanz – Zufriedenheit.....	185

Literatur 187

Anhang 195

A.1	Beziehung zwischen dem ergotherapeutischen Framework und der ICF	197
A.2	Ein ergotherapeutisches Programm, aufgebaut auf dem OTIPM	201
A.3	Vokabeln zum OTIPM Deutsch/Englisch.....	215
A.4	Vokabeln zum OTIPM Englisch/Deutsch.....	219

Danksagung



Anne G. Fisher

All den Teilnehmern an OTIPM-Kursen in der ganzen Welt möchte ich meinen Dank und meine Anerkennung aussprechen für die kritischen Kommentare und Fragen. Sie waren eine nie versiegende Quelle der Stimulation – ihre Probleme und Überlegungen und die unterschiedlichen Situationen in der Praxis bildeten seit der ersten Veröffentlichung des OTIPM 1998 eine wichtige Grundlage für die vielen Änderungen (Fisher, 1998).

Ich freue mich auch, dass die Übersetzung ins Deutsche Wirklichkeit geworden ist. Die Arbeit mit Barbara Dehnhardt, mit der mich die Wertschätzung von Betätigung und präziser Sprache verbindet, war eine wunderbare Erfahrung. Aber vor allem war es die inspirierende Verbindung zu meinen deutschsprachigen Kolleginnen und Kollegen in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich, die diese Übersetzung ermöglicht hat. Sie alle bemühen sich um die Weiterentwicklung der Ergotherapie und fördern betätigungsfokussierte und betätigungsbasierte Evaluation und Intervention.

Anne G. Fisher, 2014

Anmerkungen zur Übersetzung

Mein besonderer **Dank** gilt der Autorin Anne Fisher für die großzügige Genehmigung zur Übersetzung des Buches und für ihre ständige Bereitschaft, aus allen Teilen der Welt meine unendlich vielen Fragen zum Text zu beantworten, dank E-Mail meist von einem Tag auf den anderen. Ohne ihre Unterstützung wäre das Erscheinen dieses Buches nicht möglich gewesen. Ebenso bedanken möchte ich mich bei zahlreichen Kolleginnen für die umfangreichen Diskussionen zur Übersetzung vieler Fachbegriffe, allen voran Daniela Senn und Barbara Aegler aus Zürich, die durch die Verwendung des Modells an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) bereits Erfahrung in der deutschsprachigen Verwendung des Modells gewonnen haben, und bei meinem Mann für Formulierungshilfen. Ebenso hilfreich war Almut Späth, bisher Zürich, seit kurzem Hamburg, beim letzten Schliff und der endgültigen Überarbeitung sämtlicher Kapitel. Auch Melanie Hessenauer trug als AMPS-Dozentin wesentlich zur Formung der einzelnen Begriffe im Deutschen bei.

Für mich hat die Übersetzung dieses Buches eine große, aber schöne Herausforderung dargestellt. Durch Teilnahme an AMPS-Kursen (Assessment of Motor and Process Skills), einem ESI-Kurs (Evaluation sozialer Interaktion) und durch die Übersetzung von AMPS- und ESI-Handbüchern zu umfangreichen Teilen konnte ich schon Erfahrung mit Literatur von Anne Fisher sammeln, die mir hier zugutekam.

Erläuterung zu einigen Begriffen:

Hinweisen möchte ich auf den Gebrauch des Wortes **Evaluation**. In englischsprachiger Fachliteratur ist es üblich, Evaluation nicht nur für die abschließende Erhebung des Ergebnisses zu benutzen, sondern auch für die Anfangserhebung. Dies habe ich auch für die deutsche Version übernommen.

Den Begriff **Intervention** habe ich auch im Deutschen beibehalten, weil er meines Erachtens deutlicher als „Therapie“ das benennt, was Ergotherapeuten tun. Von vielen Kolleginnen und Kollegen (und auch Klienten) werden bei uns die umfangreichen Erhebungen zu Beginn, sowie Beratung und Informieren nicht als „Therapie“ angesehen („Wann fangen wir endlich mit der Therapie an?“). Das, was gemeinhin unter Therapie verstanden wird, ist aber nur ein Teil von Intervention.

Wegen der besseren Lesbarkeit wurde **the occupational therapist** mit **die Ergotherapeutin** wiedergegeben und **the client** mit **der Klient**. Dabei sind mit diesen Begriffen (und mit weiteren Personen- oder Berufsbezeichnungen) natürlich immer jeweils beide Geschlechter gemeint.

Die Autorin verwendet an den meisten Stellen, an denen im Deutschen „**oder**“ steht, die Bezeichnung „**und/oder**“. Meiner Meinung nach schließt die Bezeichnung „oder“ ein, dass sowohl das Eine ODER das Andere, aber auch das Eine UND das Andere gemeint sein kann. Deshalb habe ich das sperrige „**und/oder**“ ausschließlich durch „**oder**“ wiedergegeben.

Die Verwendung des Begriffs „**Modell**“ mag manchmal etwas ungewöhnlich anmuten, besonders in der Grafik auf Seite 28/29 (Abb. 5a und 5b). Das Wort „Ansatz“ kann an manchen Stellen einleuchtender erscheinen. Dies ist auch durchaus legitim, aber Anne Fisher zieht nun mal „Modell“ vor.

Für Leser, die sich für die in diesem Buch benutzte Übersetzung einzelner Fachbegriffe interessieren, ist am Ende ein kleines **Vokabelverzeichnis** angefügt, und zwar sowohl Englisch/Deutsch als auch Deutsch/Englisch. Mir ist durchaus bewusst, dass die Übersetzung so mancher Begriffe noch weiter diskutiert werden könnte. Vielleicht kristallisieren sich im Lauf der Zeit noch andere Übersetzungen heraus.

Wenn nachfolgend im Buch von „ich“, „wir“ oder „mein“ die Rede ist, ist damit stets die Autorin Anne Fisher gemeint. Meine Anmerkungen als Übersetzerin sind jeweils gesondert gekennzeichnet.

Ich habe mich um eine möglichst enge Übersetzung bemüht. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, habe ich an manchen Stellen eine abweichende Formulierung gewählt. Auch entspricht das Layout nicht immer ganz der Originalausgabe von 2009, sondern ist den aktuellen europäischen Lesegewohnheiten und der Buchreihe angepasst.

Barbara Dehnhardt, März 2014

Kapitel 1

Einführung

Der Sinn dieses Buches besteht darin, das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) als einen Weg darzustellen, wie Betätigung und Ergotherapie zu verstehen sind. Es soll Ergotherapeuten in die Lage versetzen, Betätigung als den ganz besonderen Schwerpunkt ihrer Arbeit hervorzuheben. Aus Sicht der Ergotherapie bedeutet „im Alltag zu funktionieren“ **die Fähigkeit unserer Klienten, alltägliche Aufgaben, die sie tun möchten, tun müssen oder die von ihnen erwartet werden, so auszuführen, dass sie erwünschte Lebensrollen übernehmen und an der Gesellschaft partizipieren können.**

Das OTIPM geht davon aus,

- dass jeder Mensch einzigartig ist und den Willen hat, sich mit Aktivitäten zu befassen, die für ihn Bedeutung und einen persönlichen Zweck haben,
- dass das Sich-Befassen mit Betätigungen eines Klienten (bedeutungsvolles und zweckdienliches Tun) den zentralen Schwerpunkt unseres Berufes bildet,
- dass der therapeutische Einsatz von Betätigung das vorrangige „Mittel“ darstellt, um Betätigung unserer Klienten zu fördern und
- dass unser wichtigstes „Ziel“¹ darin besteht, dass Klienten die Fähigkeit erlangen, für sie bedeutungsvolle und zweckdienliche Betätigung auszuführen.

Mein Ziel bei der Entwicklung des OTIPM bestand darin, Ergotherapeuten eine **Struktur** anzubieten, die **das berufliche Reasoning** beim Planen und Umsetzen von ergotherapeutischen Dienstleistungen **begleitet**. Das OTIPM ist ein Modell, mit dem das berufliche Reasoning so geleitet wird, dass wir den **klientenzentrierten, betätigungs-basierten Top-down-Ansatz bei Assessment und Intervention hervorheben**.

In diesem Kapitel werde ich diese Konzepte vorstellen – Ansätze für Assessment und Intervention, die klientenzentriert, top-down- und betätigungs-basiert sind. Außerdem werde ich die Schlüsselterminologie, wie sie im OTIPM verwandt wird, darstellen. Dann gebe ich einen knappen Überblick über das OTIPM und vergleiche kurz theoriegeleitetes mit prozessgeleitetem Reasoning. Am Schluss folgt ein Überblick über den Zweck und den Inhalt der übrigen Kapitel.

1.1 Klientenzentrierte Ergotherapie

Das Konzept der Klientenzentrierung hat seinen Ursprung in der Arbeit von Carl Rogers (1951). In jüngerer Zeit ist Klientenzentrierung auch zu einem zentralen Konzept in der Ergotherapie geworden (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1997, 2002; Fearing & Clark, 2000; Fisher, 1998; Kielhofner, 2002,

1 Die Verwendung der Begriffe „Mittel“ und „Ziel“ (means and end) geht auf Trombly Latham zurück (2008a, 2008c; Trombly 1995a) – sie benutzte die Begriffe Betätigung-als-Mittel und Betätigung-als-Ziel.

2008). Unseren kanadischen Kollegen ist es zu verdanken, dass sie als Erste aus ergotherapeutischer Sicht das Konzept der klientenzentrierten Praxis formuliert haben (CAOT, 1997, 2002).

Klientenzentrierte Praxis bedeutet, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und mit unseren Klienten zusammen so zu arbeiten, dass deren eigene Sichtweise im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass wir auf jeden Fall alles unternehmen müssen, um unsere Klienten zu verstehen und sie mit ihren eigenen Augen zu betrachten. **Außerdem müssen wir uns auf die Zusammenarbeit mit unseren Klienten einlassen, um ihnen zu ermöglichen, ihre Ziele zu erreichen.** Ein wichtiger Aspekt besteht darin, dass **wir unseren Blick immer auf die Bedürfnisse und Wünsche unseres Klienten richten und sicherstellen, dass er aktiv an Entscheidungen über die Art der Therapie, über die Art der Durchführung und an der Formulierung seiner Ziele und am Interventionsplan beteiligt ist.** (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2005; Fisher & Nyman, 2007; Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], 2005).

1.1.1 Den Klienten da abholen, wo er steht

Um klientenzentriert zu arbeiten, muss man den Klienten da abholen, wo er steht bezüglich

- seiner selbst geäußerten Bedürfnisse und Wünsche,
- seiner Motivation und
- seines Verständnisses und seiner Kenntnis, welche Probleme er derzeit mit seiner Betätigungsperformanz hat oder in Zukunft haben wird.



Es ist von besonderer Bedeutung, die Sichtweise und Ziele des Klienten zu respektieren und zu würdigen und ihm nicht seine Träume zu nehmen.

Früher habe ich einmal mit einem jungen Mann gearbeitet, der eine hohe Querschnittslähmung erlitten hatte. Er saß im Rollstuhl, da er natürlich nicht laufen konnte; er konnte zwar seine Ellbogen aktiv beugen und seine Handgelenke strecken, aber seine Finger konnte er nicht aktiv steuern. Als ich ihn kennenlernte, erzählte er mir, dass es sein Ziel sei, wieder in die Firma seiner Familie zurückzukehren und als Dachdecker zu arbeiten. Seine Prognose bezüglich des aktiven Gebrauchs seiner Arme und Beine war ungünstig; der Arzt hatte ihn über seinen Zustand und darüber informiert, dass er nie wieder würde laufen können. Vielleicht hatte er das nicht gehört, oder vielleicht verleugnete er seine Probleme. Egal – ich wusste, dass es wichtig war, ihm nicht seine Träume zu nehmen, weil sie die Quelle seiner Motivation darstellten. Statt zu sagen, „das werden Sie nie können, weil Sie nicht laufen können“, respektierte ich seine Träume und nutzte sie, um mit ihm relevante Kurzzeitziele zu entwickeln, die realistischer waren und ihn dem Langzeitziel einer festen Anstellung näher bringen könnten. Selbst wenn er niemals gehen konnte, wusste ich, dass er in den Familienbetrieb in einer anderen Funktion (z.B. in einer Managerrolle statt als Dachdecker) zurückkehren könnte, sofern das sein Interesse war. Das Wichtige beim Aufbau der Beziehung und der verlässlichen Zusammenarbeit war, dass er die Führung übernahm

und dass ich ihm nicht meine eigene Sicht, was ich für realistisch hielt, überstülpte. Schließlich war ich keine Hellseherin, die in die Zukunft sehen konnte.

1.1.2 Wer ist der Klient?

Um wirklich zu verstehen, was es bedeutet, klientenzentriert zu arbeiten, muss man sich fragen: Wer ist der Klient? Ich benutze den Begriff **Klient** im weitesten Sinne für die Person, Familie, Organisation oder andere Konstellationen oder Gruppen von Personen, für die Intervention stattfinden könnte. Genauer gesagt benutze ich drei unterschiedliche Begriffe für „Klient“ (Fisher & Nyman, 2007):



- 1) **Person** – meistens die Person, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemühte (z.B. Patient, Kunde, Verbraucher, Schüler), auch gesunde Personen, die um präventive Ergotherapie ersuchen.

Der Begriff der „Person, der Ergotherapie verordnet wurde oder die sich darum bemühte“ taucht häufig im Buch auf. Da der Begriff sehr sperrig erscheint, wird im weiteren Verlauf der Übersetzung von der „primären Person“ oder vom „primären Klienten“ gesprochen.

- 2) **Klientenkonstellation** – sowohl die primäre Person als auch weitere Personen, die mit ihr zusammen wohnen, arbeiten oder sonst wie eng mit ihr verbunden sind, sofern sie von deren Betätigungsproblemen betroffen sind. Das könnten sein:

- ein Mann nach Schlaganfall und seine Familie, mit der er eng zusammenlebt,
- eine Frau mit Demenz, die ein Tageszentrum besucht, und die Angestellten, die regelmäßig mit ihr arbeiten, oder
- ein Schüler einer Grundschulklasse und sein Lehrer.

In den USA ist es auch möglich, dass Klienten von sich aus zur Ergotherapie gehen, ohne dass der Arzt dies verordnen muss.

Es werden nur die Menschen zur Klientenkonstellation gerechnet, die selbst ein Performanzproblem in Bezug auf Arbeit oder Interaktion mit einer primären Person haben.



- 3) **Klientengruppe** – eine Gruppe von Personen, die ähnliche Probleme bei der Ausführung von Betätigung haben, die aber nicht verwandt sind und auch sonst nicht miteinander in Beziehung stehen. Beispiele für Klientengruppen sind:
 - das Personal, das für die Versorgung von Personen im Heim zuständig ist, egal ob für eine einzelne Person oder für alle in dem Heim;
 - eine Gruppe von geistig behinderten Personen, die gemeinsam an einem Interventionsprogramm in einer Tagesstätte teilnehmen;
 - eine Gruppe von Schülern, die alle zusammen im Klassenraum Ergotherapie bekommen;
 - eine Firma (d.h. eine Klientengruppe aus Personen der Firmenleitung und Arbeitnehmern) oder
 - die Bewohner einer bestimmten geografischen Region (z.B. gesunde ältere Menschen in einer großen Stadt).

Ich werde den Begriff **Klient** verwenden, wenn die Person oder die Personen, von denen ich spreche, einer der drei „Arten“ von Klienten entsprechen – die primäre Person, die Klientenkonstellation oder die Klientengruppe. Zum Beispiel habe ich von der „Fähigkeit unserer Klienten gesprochen, die alltäglichen Aufgaben auszuführen, die sie ausführen möchten oder müssen.“ Dabei lege ich Wert darauf zu betonen, dass es sich um die primäre Person handeln kann oder um andere Menschen aus der Klientenkonstellation oder um mehrere Personen, die zusammen eine Klientengruppe bilden.

Die **Festlegung, wer der Klient ist, geschieht dadurch, dass ich weiß, wer Probleme mit der Ausführung alltäglicher Betätigung hat oder wer sich diesbezüglich Sorgen macht oder wer Performanzprobleme im Zusammenhang mit der primären Person hat.** Wenn eine Person mit Behinderung zum Beispiel nicht für die Ausführung von Betätigung motiviert ist oder aus anderen Gründen nicht die Bedeutung und den Zweck von Betätigung für sich erkennen kann (auch nicht die soziale Relevanz der betreffenden Betätigung), ist es wahrscheinlich, dass jemand anderes aus ihrem Umfeld dafür verantwortlich ist, sie zu versorgen. In seiner Rolle als Versorger hat er selbst Bedürfnisse, die mit den Betätigungen der Person zusammenhängen. Es ist daher unsere Rolle festzustellen, ob der Versorger Schwierigkeiten oder Sorgen beim Ausfüllen seiner Rolle hat. Wenn er sich keine Sorgen macht und keine Probleme hat, könnte Ergotherapie für ihn nicht angezeigt sein, und diese Person wird **nicht** zum Mitglied der Klientenkonstellation. Wenn aber beim Versorger Probleme auftauchen, die mit der Betätigung des primären Klienten im Zusammenhang stehen, dann muss auch er in unsere Intervention eingeschlossen werden. Diese muss dann auch auf Versorgungsaufgaben ausgerichtet werden, die für den Versorger Bedeutung und Zweck haben.

In diesem Prozess dürfen wir jedoch **nicht vergessen, dass die primäre Person immer im Mittelpunkt der Personen steht, die wir als Klienten definieren.** Selbst wenn die Person sich nicht ausdrücken kann, müssen wir doch so gut wie irgend möglich das berücksichtigen, was für sie Bedeutung und Zweck hat und dies den Informationen von Menschen entnehmen, die mit der Person vertraut sind und ihre derzeitigen (und möglicherweise zukünftigen) Lebensumstände, Wünsche und Bedürfnisse gut kennen.

1.1.3 Einige „warnende Worte“ zu klientenzentriertem Arbeiten

Wirklich klientenzentriert zu arbeiten ist nicht immer einfach. Zum einen müssen wir versuchen, die Bedürfnisse und Wünsche unserer Klienten in den Mittelpunkt zu stellen und sie aus der Klientenperspektive zu verstehen. Wenn wir mit Klienten arbeiten, die nicht fähig sind, ihre Sorgen, Sichtweise und Ziele zu äußern, müssen wir uns immer bewusst sein, dass wir Gefahr laufen, selbst Entscheidungen für diese Personen zu treffen, die aber möglicherweise nicht dem entsprechen, was der Klient selbst äußern würde, wenn er es könnte. Das gilt nicht nur für uns, sondern auch für andere Berufsgruppen oder andere Personen der Klientenkonstellation. Zum anderen tragen wir die Verantwortung, keine unethischen Bedürfnisse und Wünsche von Klienten zu unterstützen.

Klientenzentriert zu arbeiten heißt nicht, alles zu machen, was der Klient möchte.



Unsere Arbeit könnte auch durch das Setting eingeschränkt werden (wenn wir z.B. in den USA in einer öffentlichen Schule angestellt sind, dürfen wir nach dem Gesetz Schülern nur die Interventionen anbieten, die diese in schulischen Angelegenheiten unterstützen) (Individuals with Disability Education Improvement Act of 2004 [IDEA]).

Vorsicht ist auch wegen unserer **ethischen Verpflichtung geboten, unsere praktische Arbeit auf Betätigung auszurichten**. Oft begegne ich Ergotherapeuten, die mir erzählen, dass die Ziele auf die Verbesserung von Handfunktionen ausgerichtet sind, auf Gehfähigkeit oder andere zugrunde liegende Körperfunktionen. Sie fragen mich dann: „Wenn ich klientenzentriert arbeiten soll und die Klienten haben das Ziel, Körperfunktionen zu verbessern, warum ist es dann nicht richtig, dass ich Verbesserung der Handkraft oder Ähnliches als Ergotherapie anbiete?“ In einem solchen Fall müssen wir unsere Rolle klären; wenn wir wirklich klientenzentriert arbeiten wollen, müssen wir unsere Klienten auf Betätigungen aufmerksam machen, die durch die mangelnde Handfunktion beeinträchtigt sind. Wenn wir dabei erfolgreich sind und die Klienten ihr Augenmerk auf diese Betätigungen richten, dann können wir mit restitutiver Betätigung (siehe unter 1.4) die Sorgen der Klienten angehen, wie von ihnen angestrebt. **Wenn der Klient aber seinen Fokus auf zugrunde liegende Störungen weiterhin beibehält und die Dienste, die wir ihm aus ethischen Gründen anbieten, ablehnt, haben wir die berufliche Verpflichtung, unser Angebot zurückzuziehen (zumindest so lange, bis der Klient Betätigungsbedürfnisse nennt). In diesem Fall sollten wir ihn auf andere Berufsgruppen verweisen, die bestens qualifiziert sind, Störungen in der Form zu behandeln, die der Klient akzeptiert (z.B. Physiotherapie).**

1.2 Ergotherapeutische Top-down-Evaluation

Wenn das OTIPM bei der Befunderhebung unsere professionellen Überlegungen leitet, verwenden wir einen **wirklichen Top-down-Ansatz**. Der Grund für die Anwendung des OTIPM besteht darin, zu vermeiden,

- dass wir einen Top-to-Bottom-up-Ansatz benutzen und uns zu schnell auf das Interpretieren der Gründe für die Probleme stürzen, und
- dass wir mit einem Bottom-up-Ansatz zuerst auf die Störungen bei Körperfunktionen sehen, die vermutlich die Betätigungsausführung einschränken.

Ich werde dies näher begründen.

1.2.1 Top-down-Ansatz

Bei einem Top-down-Ansatz beginnt die Ergotherapeutin mit offener Sicht auf den Klienten: Wer ist der Klient, was sind seine Bedürfnisse und Wünsche, welche Alltagsaufgaben möchte der Klient erledigen können, um seine erwünschten Lebensrollen, die ihm die gewünschte Partizipation ermöglichen, zur Zufriedenheit auszufüllen. In diesem Prozess ist es auch wichtig festzustellen, bei welchen Aufgaben der

Klient die Ausführung als für seine Lebensrollen und für seine Partizipation an der Gesellschaft einschränkend erlebt (Abb. 1).

Sobald die Ergotherapeutin ein umfassendes Bild von der Sicht des Klienten gewonnen hat, konzentriert sie sich als Nächstes darauf, den Klienten bei der Ausführung einer Aufgabe, die der Klient als Problem genannt hat, zu beobachten. Dabei will sie herausfinden, welche Performanzfertigkeiten (das sind Aktionen, kleinste beobachtbare Einheiten von Betätigung) effektiv waren und welche nicht. Erst wenn sie das festgestellt hat, geht sie dazu über, die Gründe oder die Ursachen für die verminderte Ausführungsqualität zu überdenken (z.B. personbezogene Faktoren, Körperfunktionen, Umweltfaktoren) (Abb.1). Wenn die Ergotherapeutin wirklich top-down arbeitet, formuliert sie dann aufgrund der Ergebnisse der Aufgabenbeobachtung mit dem Klienten zusammen Ziele. Schließlich arbeiten Ergotherapeutin und Klient, wiederum aufgrund der Ergebnisse, gemeinsam einen Aktionsplan aus und setzen ihn in betätigungsbasierter Intervention um.

1.2.2 Bottom-up-Ansatz

Im Gegensatz zum Top-down-Ansatz **beginnt die Ergotherapeutin beim Bottom-up-Ansatz mit dem Fokus auf der Erhebung der personbezogenen Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfaktoren des Klienten**. Diejenigen, die als irgendwie „vermindert“ empfunden werden, werden dann als Ursachen für die Probleme bei der Ausführung von Alltagsaufgaben des Klienten angesehen (Abb. 2). Eine Gefahr bei dieser Art von Vorgehensweise besteht darin, dass die Ergotherapeutin die Intervention auf personbezogene Faktoren, Körperfunktionen oder Umweltfak-

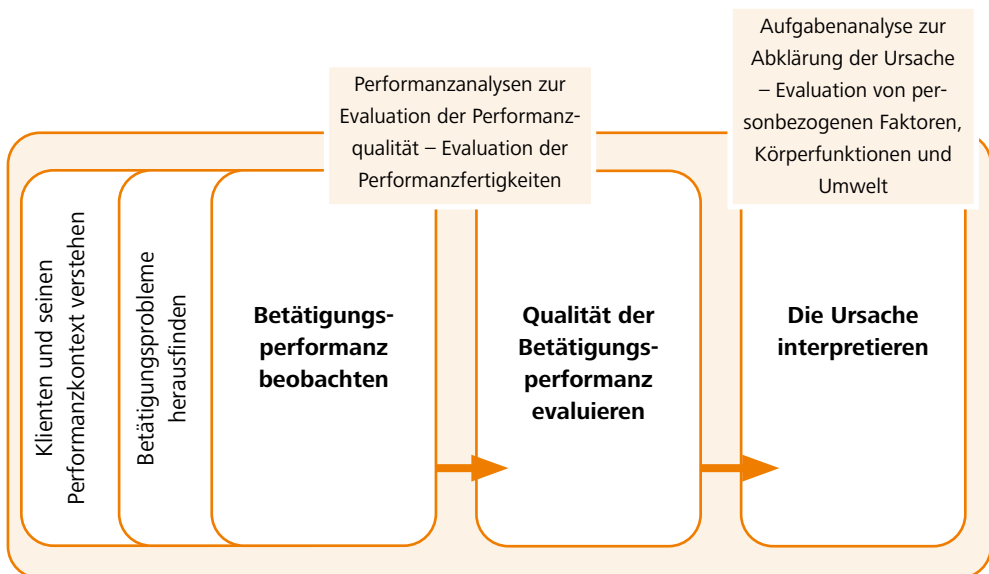


Abb. 1: Top-down-Reasoning: Anfangsphasen des Evaluationsprozesses

toren hin plant und umsetzt, ohne zu berücksichtigen, wer der Klient ist und welche Bedürfnisse und Wünsche der Klient bezüglich besserer Betätigungsausführung hat.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Ergotherapeutin nicht die Qualität der Aufgabenperformanz erhebt, sondern personbezogene Faktoren (z.B. Gewohnheiten, Alltagsablauf, Werte) und die zugrunde liegenden neuromuskulären, biomechanischen, kognitiven oder psychosozialen Körperfunktionen. Die beste verfügbare Evidenz hat jedoch ergeben, dass Intervention, die auf personbezogenen Faktoren und Besserung von Störungen der Körperfunktionen aufbaut, nicht nur zeitraubend ist, sondern nur begrenzte Auswirkung auf verbesserte Betätigungsperformanz hat. Das bedeutet, dass es der Forschung nicht gelungen ist, einen starken Zusammenhang zwischen Körperfunktionen und Betätigungsperformanz nachzuweisen. Damit ist die Grundannahme nicht gestützt, dass der Effekt von erkannten und behandelten Ursachen für eingeschränkte Betätigungsperformanz sich allgemein in besserer Betätigungsperformanz zeigt (Bernspång, Asplund, Eriksson & Fugl-Meyer, 1987; Jongbloed, Brighton & Stacey, 1988; Judge, Schechtman, Cress & the FICSIT Group, 1996; Lichtenberg & Nanna, 1994; Pincus et al., 1989; Reed, Jagust & Seab, 1989; Skurla, Rogers & Sunderland, 1988; Teri, Borson, Kiyak & Yamagishi, 1989; Trombly Latham, 2008c). Weitere Evidenz bieten Studien, die darauf hindeuten, dass die Effektivität des restitutiven Ansatzes begrenzt sein könnte (Benedict et al., 1994; Feters & Kluzik, 1996; Hutzler, Chacham, Bergman & Szeinberg, 1998; Kaplan, Polatajko, Wilson & Faris, 1993; Law et al., 1997; Nakayama, Jørgensen, Raaschou & Olsen, 1994; Neistadt, 1992). Es gibt noch viele weitere Studien, auch Metaanalysen, die hier nicht genannt sind, nach denen Ergotherapeuten suchen und sie kritisch studieren sollten, entsprechend ihrer eigenen Forschungsfragen. Diejenigen, die ich hier aufgezählt habe, sollen nur andeuten, in welcher Breite die vorhandene Evidenz von der allgemeinen Annahme abweicht.

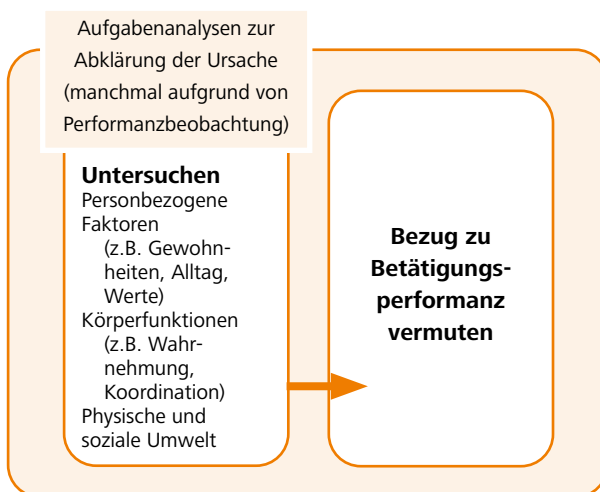


Abb. 2: Reasoningprozess bei Bottom-up-Evaluation