

Bachelorarbeit

**Recovery und Betätigungsorientierung in der
akutpsychiatrischen Ergotherapie - Ist die
Umsetzung möglich?**

Eine qualitative Studie

Daniela Jenni, S00054189

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2010
Eingereicht am:	03.05.2013
Betreuende Lehrperson:	Heidrun Becker

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT.....	3
1. EINLEITUNG.....	4
1.1 DARSTELLUNG DES THEMAS.....	4
1.1.1 <i>Begriffserläuterung Recovery</i>	4
1.1.2 <i>Begriffserläuterung betätigungsorientierte Ergotherapie</i>	5
1.1.2.1 <i>Betätigungsfokussiert und betätigungsorientiert</i>	6
1.1.2.2 <i>Betätigungsorientierung in der Praxis</i>	6
1.1.3 <i>Kompatibilität Recovery-Konzept und betätigungsorientierte Ergotherapie</i> ... 8	
1.2 PROBLEMSTELLUNG.....	9
1.3 FRAGESTELLUNG.....	10
1.4 ZIELSETZUNG / RELEVANZ FÜR DIE PRAXIS	10
2. METHODE.....	11
2.1 KONTEXT.....	11
2.2 LITERATURRECHERCHE	12
2.3 INTERVIEW.....	13
2.3.1 <i>Aufbau des Interviews</i>	13
2.3.2 <i>Durchführung der Interviews</i>	13
2.3.3 <i>Aufnahme und Auswertung der Interviews nach Mayring</i>	14
2.4 SICHERUNG DER DATENQUALITÄT.....	18
3. RESULTATE.....	19
3.1 RECOVERY: HOFFNUNG, IDENTITÄT, SINN, EMPOWERMENT, TRANSPARENZ, PEERS UND REALITÄTSBEZUG.....	19
3.2 IDENTIFIKATION MIT RECOVERY.....	21
3.3 UMSETZUNG DES RECOVERY-KONZEPTS AUF DER AKUTSTATION UND DIE FOLGEN	22
3.4 BETÄTIGUNGSORIENTIERTE ERGOTHERAPIE: SELBSTWIRKSAMKEIT, HOFFNUNG, SINN UND ZWECK, EIN SICHERES UMFELD UND NORMALISIERUNG.....	23
3.5 BETÄTIGUNGSORIENTIERTE ERGOTHERAPIE IN DER PRAXIS	24
3.6 KOMPATIBILITÄT DER BEIDEN KONZEPTE:	26
3.7 ROLLE DER ERGOTHERAPIE BEI DER EINFÜHRUNG VON RECOVERY	27
4. DISKUSSION.....	28
4.1 ZUSAMMENFASSUNG DER RESULTATE	28
4.2 DISKUSSION DER RESULTATE IN BEZUG AUF DIE FRAGESTELLUNG.....	28
4.2.1 <i>Hat die Umsetzung des Recovery-orientierten Konzepts stattgefunden?</i>	28
4.2.2 <i>Kann das betätigungsorientierte Konzept auf der Akutstation umgesetzt werden?</i>	29
4.2.3 <i>Gibt es zwischen den beiden Konzepten Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder Widersprüche?</i>	29
4.2.3.1 <i>Gemeinsamkeiten</i>	30
4.2.3.2 <i>Unterschiede / Ergänzungen</i>	31
4.2.3.3 <i>Widersprüche</i>	31
4.3 DISKUSSION DER ZUSÄTZLICHEN RESULTATE.....	32
4.3.1 <i>Rolle der Ergotherapie bei der Einführung des Recovery-Konzepts</i>	32
4.3.2 <i>Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit</i>	33
4.4 THEORIE - PRAXIS - TRANSFER	34
4.5 EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE.....	35

5. SCHLUSSFOLGERUNG	36
5.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DER STUDIE.....	36
5.2 OFFENE FRAGEN	37
5.3 ZUKUNFTSAUSSICHTEN UND BARRIEREN.....	37
6. VERZEICHNISSE	39
6.1 LITERATURVERZEICHNIS	39
6.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	42
6.3 TABELLENVERZEICHNIS	42
7. DANKSAGUNG	43
8. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	44
9. ANHANG	45
10. WORTZAHL	59

Bemerkung

Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit die Begriffe Therapeut und Patient in ihrer männlichen Form verwendet, ausser es wird Bezug auf eine konkrete weibliche Person genommen. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Abstract

Thema: Recovery als psychiatrisches Konzept wird vermehrt in Industrieländern eingeführt, so auch in der Schweiz. Für die Ergotherapie stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit mit dem betätigungsorientierten Konzept.

Ziel: Es soll praxisnah erforscht werden, ob die beiden Konzepte Recovery- und Betätigungsorientierung in der ergotherapeutischen Akutpsychiatrie umsetzbar sind, und inwiefern sie sich überschneiden.

Methode: Es wurden Interviews mit zwei in ein Recovery-Projekt involvierte Ergotherapeutinnen durchgeführt. Ihre Antworten wurden mittels standardisierter Techniken ausgewertet.

Relevante Ergebnisse: Die Konzepte Recovery- und Betätigungsorientierung sind auf einer psychiatrischen Akutstation ergotherapeutisch umsetzbar, mit Einschränkungen bei hoch akuten Patienten. Die klientenzentrierte und die Recovery-Haltung sind identisch. Jedoch kennt nur die Ergotherapie ein konkretes Interventionsmittel, die Betätigung, und der soziale Zusammenhalt unter den Patienten spielt nur bei Recovery eine zentrale Rolle. Die Einführung von Recovery hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert.

Schlussfolgerung: Das Recovery-Konzept könnte durch Betätigung und die Ergotherapie durch den Fokus auf die soziale Unterstützung unter den Patienten bereichert werden. Bei einer Einführung von Recovery hat die Ergotherapie als Expertendisziplin für Betätigung und Erfahrung mit der Recovery-Haltung einiges beizutragen. Obwohl Recovery die Steigerung des Patientenwohles zum Ziel hat lohnt sich die Einführung auch wegen der Verbesserung der interdisziplinären Arbeit.

Keywords: Recovery, Occupation-based, Acute Psychiatry, Occupational Therapy

1. Einleitung

1.1 Darstellung des Themas

Seit den späten 80er Jahren hat sich das Recovery-Konzept von den USA aus ausgebreitet (Anthony, Rogers & Farkas, 2003) und ist heute zu einem bekannten Begriff in der Psychiatrie beinahe aller Industrieländer geworden (Ramon, Healy & Renouf, 2007). Es gibt jedoch erst wenige Studien, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen diesem Konzept und der Ergotherapie beschäftigen haben, obwohl es Hinweise darauf gibt, dass die betätigungsorientierte Ergotherapie eine führende Rolle in der Recovery-orientierten Behandlung von psychischen Störungen einnehmen könnte (Kelly, Lamont & Brunero, 2010). Diese Studie soll ein Beitrag dazu leisten, benannten Zusammenhang weiter zu erhellen.

1.1.1 Begriffserläuterung Recovery

Das Recovery-Modell ist ein Konzept der psychischen Störungen und Suchtkrankheiten, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt (Amering & Schmolke, 2007). Der Begriff Recovery steht für einen individuellen Wachstums- und Veränderungsprozess von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Er umfasst Hoffnung, Wiedererlangung der eigenen Identität, einen Sinn im Leben finden und Empowerment (Selbstbefähigung) als Elemente zur Erlangung eines zufriedenen und produktiven Lebens trotz hindernder Umstände, wie sie eine psychische Erkrankung zur Folge haben kann (Andresen, Oades & Caputi, 2003). Laut Lauber und Rössler (2004) sind aus der Sicht der Betroffenen vor allem Selbstverantwortung und Selbsthilfe wichtige Komponenten fürs Empowerment. Bei diesem Prozess geht es weniger um die Wiedererlangung der Gesundheit, sondern darum, nebst der Krankheit eine neue Identität zu entwickeln und die Kontrolle über die Krankheitssymptome zu erlangen (Jacobson & Greenley, 2001).

Recovery ist also keine professionelle Intervention, sondern vielmehr eine Haltung, welche positive Erfahrungen und die Entwicklung des betroffenen Menschen fördert, indem defizitorientierte Perspektiven ersetzt werden durch Autonomie fördernde Ansätze (Amering et al., 2007). Laut Watkins (2009) geht es dabei konkret darum, den Menschen dort abzuholen wo er gerade steht, und ihm dabei zu helfen, Mittel

und Wege zu finden, wie er mit weniger Belastungen und Problemen leben kann. Dabei werden paternalistische durch partnerschaftlich-beratende Ansätze ersetzt (Farkas, Gagne, Anthony & Chamberlin, 2005).

Im Zusammenhang mit dem Recovery-Konzept wird auch immer wieder die positive Wirkung von „Peers“ erwähnt, das heisst die Unterstützung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung, welche den Schritt zu einem zufriedenen Leben geschafft haben (z. B. Bowersox, Lai & Kilbourne, 2012).

1.1.2 Begriffserläuterung betätigungsorientierte Ergotherapie

Es gibt sehr viele unterschiedliche Definitionen der Begriffe Betätigung und Ergotherapie. Nachfolgend werden einige Beispiele aufgeführt, die den Sinn, der ihnen in dieser Arbeit zugedacht wird, hervorheben:

Betätigung heisst laut Miesen (2004) „eine für den einzelnen Menschen sinnvolle und gesunderhaltende Aktivität, gleich ob sie in den Lebensbereichen Arbeit, Selbstversorgung oder Freizeit stattfindet bzw. welcher Anforderungs- oder Leistungsebene sie entspricht“.

Law, Polatajkow, Batiste und Townsend (1997) definieren Betätigung wie folgt:

(...) Aktivitäten des Alltags, benannt, strukturiert und durch Menschen und Kultur mit Wert und Bedeutung versehen. Betätigung ist alles, was Menschen tun, um sich zu beschäftigen, einschliesslich sich selbst zu versorgen, das Leben zu geniessen, und zum sozialen und ökonomischen Gefüge ihrer Gemeinschaft beizutragen. (S. 34)

Zusammengefasst ist eine Betätigung also eine Alltagsaktivität, die für die ausführende Person sinn- und bedeutungsvoll ist. Unter Einbezug des unterstützenden Aspektes entspricht dies der Definition von betätigungsorientierter Ergotherapie laut Reichel (2002): „Ergotherapeuten richten den Blick darauf, Menschen dabei zu unterstützen, sich in Alltagsaktivitäten einzubinden, die für sie bedeutungsvoll und sinnvoll sind“.

1.1.2.1 Betätigungsfokussiert und betätigungsorientiert

Die Uneinheitlichkeit der Begriffsdefinitionen besteht auch bei den Adjektiven in Zusammenhang mit Betätigung. Im Englischen hat Fisher (2013) vor kurzem die Begriffe Occupation-centred, -based und -focused definiert, siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Definitionen Occupation-centred, -based und -focused nach Fisher (2013).

Wie wir unser Reasoning und unsere darauffolgende Intervention steuern	
Occupation-centred	Bedeutet, eine berufsspezifische Perspektive einzunehmen in welcher die Betätigung im Zentrum steht, und welche sicherstellt, dass das was wir machen in Bezug steht zum Kernparadigma der Ergotherapie.
Was wir tun und wie wir es tun in Forschung, Bildung und Praxis	
Occupation-based	Bedeutet, dass die Betätigung als Basis genutzt wird, und der Patient für die Evaluation und / oder Intervention in die Betätigung eingebunden wird. Dies geschieht, indem er ausgewählte Alltagsaktivitäten durchführt, welche das erwünschte Mass an Genuss, Produktivität und Erholung bieten.
Occupation-focused	Bedeutet, die Betätigung als Hauptfokus der Evaluation oder als Hauptziel der Intervention zu wählen.

Eine Diskussion mit dem Klienten über Betätigung wäre also z. B. occupation-focused, aber nicht occupation-based.

Im deutschen Sprachraum wird momentan die direkte Übersetzung von occupation-based verwendet, also Betätigungsbasiert, nur selten jedoch die Begriffe Betätigungszentriert und -fokussiert. „Neu“ dazu kommt dafür der Begriff Betätigungsorientiert. Da auch die beiden gängigen deutschen Begriffe nicht eindeutig auseinandergehalten werden können, weil in unserem Sprachraum genaue Definitionen noch fehlen, wird in dieser Arbeit der Begriff Betätigungsbasiert in Anlehnung an die Definition von occupation-based verwendet, und Betätigungsorientiert in Anlehnung an die Definitionen von occupation-centred und -focused. Mit Betätigungsorientiert ist also gemeint, dass die Betätigung ins Zentrum der berufsspezifischen Perspektive gestellt und gleichzeitig die Aufmerksamkeit auf die Betätigung fokussiert wird.

1.1.2.2 Betätigungsorientierung in der Praxis

Fisher (2013) schreibt, dass eine betätigungsorientierte Perspektive damit beginnt, dass wir unsere „Bottom-up Brillen“, welche Personenfaktoren und Körperfunktionen

ins Zentrum unserer Tätigkeit stellen, abnehmen und eine „betätigungsbasierte Brille“ anziehen. Unterstützt werden kann dieser Prozess durch die Verwendung eines betätigungsorientierten ergotherapeutischen Modells, wie z. B. dem Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) von Fisher selbst (2009), da dieses eine Struktur bietet, die gewährleistet, dass alle Phasen der Therapie betätigungsbasiert ablaufen. Was dies für den ergotherapeutischen Prozess heisst wird in Tabelle 2 dargestellt. Eine ausführlichere Tabelle mit konkreten möglichen Assessments ist im Anhang unter 9.1. zu finden.

Tabelle 2: Ergotherapeutischer Interventionsprozess laut dem OTIPM nach Fisher (2009).

1. Evaluation und Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Interview: Mit Hilfe von standardisierten oder nicht standardisierten Assessments wird gemeinsam mit dem Patienten festgelegt, welche Schwächen angegangen werden sollen. - Evaluation der Qualität der Performanz: Gründe für die beobachteten Performanzprobleme werden durch eine Qualitätsanalyse der Performanz oder eine Aktivitätsanalyse (Erhebung von Informationen zu Personen-, Körper- oder Umweltfaktoren) erfasst. Dafür können standardisierte Assessments verwendet werden. Häufiger wird jedoch das Ausführen von Alltagsaktivitäten beobachtet und durch Anwendung von nicht standardisierten Methoden und Clinical Reasoning ausgewertet. - Zielsetzung: Klientenzentriert und betätigungsorientiert.
2. Intervention	Die passende Intervention wird durchgeführt.
3. Reevaluation	Es wird festgehalten ob das Ziel erreicht wurde. Falls ja, werden nächste Ziele definiert, falls nein, wird besprochen ob am selben Ziel weiter gearbeitet werden soll (zurück zu Schritt eins oder zwei) oder die Ziele angepasst werden sollen.

Es fällt auf, dass klientenzentriert gearbeitet werden soll. Obwohl die Klientenzentrierung als separates Basiskonzept der Ergotherapie gilt (siehe z. B. Romein, 2010), wird sie in diesem Praxismodell in die betätigungsorientierte Herangehensweise integriert. Laut Sumison (1999) ist die Klientenzentrierung ein Ansatz, der durch Respekt für den Klienten und eine partnerschaftliche Beziehung zu ihm geprägt ist. Der Therapeut ermöglicht es dem Klienten, Entscheidungen zu treffen, indem er ihn mit gezielten Informationen versorgt, und fördert dadurch seine Autonomie bezüglich seiner Betätigungsbedürfnisse. Auch berücksichtigt er die Stärken, die der Patient in die Therapie mit einbringt. In der Ergotherapie bedeutet dies nach Kubny-Lüke (2009), dass die Sichtweisen und Einschätzungen des Klienten systematisch in den ergotherapeutischen Behandlungsprozess einbezogen werden,

1.1.3 Kompatibilität Recovery-Konzept und betätigungsorientierte Ergotherapie

Momentan gibt es nur wenige Studien, welche sich mit der Kongruenz zwischen dem betätigungsorientierten Konzept der Ergotherapie und dem Recovery-Konzept im psychiatrischen Gesundheitswesen beschäftigen. Eine dieser Studien, welche die Verbindung zwischen Betätigung, psychischer Gesundheit und Recovery untersucht (Kelly et al., 2010), findet jedoch Zusammenhänge: Die psychisch erkrankten Studienteilnehmer sehen Recovery als „betätigungsorientierte Reise“ und die Betätigung als Grundbedürfnis, welches Lebensqualität und Identitätsbildung beeinflusst. Sie schlagen darum vor, dass die Ergotherapie eine führende Rolle in Recovery-orientierten psychiatrischen Institutionen einnehmen sollte.

Eine Schwierigkeit, die sich beim direkten Vergleichen stellt, ist, dass Recovery streng gesehen eine Haltung und die dadurch möglichen positiven Veränderungen beschreibt. Bei der betätigungsorientierten Ergotherapie liegt der Fokus jedoch auch auf der Intervention, also darauf was getan werden kann, um die erwünschte Veränderung herbeizuführen. Es folgt in Tabelle 3 trotzdem der Versuch einer vergleichenden Gegenüberstellung, bei welcher die wichtigsten Begriffe kursiv hervorgehoben werden. Überschneidungen scheint es vor allem in der Haltung und dem Ziel zu geben, während sich die Hilfen oder Interventionsmöglichkeiten unterscheiden.

Tabelle 3: Vergleich Recovery- und betätigungsorientierter Ansatz.

	Recovery-orientierter Ansatz	Betätigungsorientierter Ansatz
Therapeutische Haltung	Eine <i>partnerschaftlich-beratende Haltung</i> (Farkas et al., 2005), welche positive Erfahrungen und die Entwicklung des betroffenen Menschen fördert, indem der Fokus auf seine <i>Ressourcen</i> gelegt wird (Amering et al. 2007).	Eine <i>klientenzentrierte Haltung</i> , d.h. Respekt für den Klienten und eine partnerschaftliche Beziehung. Der Therapeut anerkennt die Autonomie des Klienten bezüglich seiner Betätigungsbedürfnisse und berücksichtigt die <i>Stärken</i> des Patienten (Law et al. 1997).
Hilfen, therapeutische Intervention	Alle <i>Hilfen</i> , die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern. <i>Peer-Support</i> erhält eine hohe Bedeutung (Knuf, 2006).	Menschen bei Alltagsaktivitäten zu unterstützen, die für sie bedeutungs- und sinnvoll sind (Reichel, 2002). Das <i>Einbinden in Betätigung</i> wurde seit Anbeginn der Ergotherapie als wichtigste therapeutische Massnahme (und als Ziel) der Intervention gesehen (Fisher, 2013).

Ziel	Gesundung durch <i>Hoffnung, Wiedererlangung der eigenen Identität, einen Sinn im Leben finden</i> und <i>Empowerment</i> (Andresen et al., 2003) damit ein <i>zufriedenes und erfülltes Leben</i> , sowie vollständige <i>gesellschaftliche Integration</i> möglich wird (Knuf, 2006).	Das <i>Einbinden in Betätigung</i> und dadurch die <i>Förderung der Selbständigkeit</i> (Reichel, 2002). Durch die Betätigung können laut Mee, Sumison und Craik (2004) unter anderem das Gefühl von Sinn und Zweck, die Normalisierung, ein sicheres Umfeld und ein Gefühl der sozialen Unterstützung und des Zusammenhaltes gefördert werden, wodurch <i>Wohlbefinden</i> und <i>gesellschaftliche Inklusion</i> ermöglicht wird (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2002).
-------------	---	--

1.2 Problemstellung

Publikationen zur Recovery-orientierten Haltung im Rahmen der ergotherapeutischen stationären Akutbehandlung sind bisher rar. Bei der zitierten Studie von Kelly et al. (2010), in welcher Zusammenhänge zwischen Betätigung und Recovery beschrieben werden, wurden Interviews mit ambulanten psychiatrischen Patienten geführt. Die Studienergebnisse können nicht automatisch auf eine psychiatrische Akutstation übertragen werden. Laut Lim, Morris und Craik (2007) darf nicht einmal davon ausgegangen werden, dass in der Ergotherapie auf einer psychiatrischen Akutstation betätigungsorientiert (und damit klientenzentriert) gearbeitet wird, da die von ihnen befragten Patienten vor allem bemängelten, kein grosses Mitspracherecht bei der Wahl von individuellen Zielen und Therapien zu besitzen. Dieses Vorgehen würde weder dem betätigungs- noch dem Recovery-orientierten Konzept entsprechen. Zumindest in Recovery-orientierten Einrichtungen sollte eine zeitgemässe ergotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter Menschen jedoch die Anwendung beider Konzepte beinhalten. Darum ist es interessant und wichtig zu überprüfen, ob dies im akuten psychiatrischen Setting der Fall ist, beziehungsweise ob eine Anwendung beider Konzepte in diesem Kontext überhaupt möglich ist.

1.3 Fragestellung

Die sich aus dieser Problemstellung ergebende Fragestellung lautet:

Sind die beiden Konzepte Recovery- und Betätigungsorientierung in der akut-psychiatrischen Ergotherapie umsetzbar? Gibt es zwischen diesen Konzepten Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder Widersprüche?

1.4 Zielsetzung / Relevanz für die Praxis

Mit der vorliegenden Arbeit sollen benannte Fragen anhand einer qualitativen Studie erforscht werden. Da eine Akutstation der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) vor eineinhalb Jahren das Recovery-orientierte Konzept eingeführt hat, soll ein Interview mit den beiden diese Station betreuenden Ergotherapeutinnen geführt werden. Dadurch können die Fragen praxisnah geklärt werden, und die Studie kann evtl. aufschlussreiche Informationen für andere Ergotherapeuten, Stationen oder Kliniken liefern, welche sich mit einer Einführung des Recovery-Konzepts auseinandersetzen. Weiterführende Studien könnten sich darauf konzentrieren, inwieweit die Klienten von einem oder beiden Konzepten profitieren.

2. Methode

In der qualitativen Forschung geht es vor allem darum, Phänomene durch die Sicht der Betroffenen zu verstehen (Morse & Richards, 2002). Da mit dieser Arbeit erhoben werden soll, wie die Therapeutinnen das Phänomen, in diesem Fall die praktische Umsetzung der beiden Konzepte, erleben, bietet sich eine qualitative Studie an.

2.1 Kontext

Die Studie knüpft an ein laufendes Forschungsprojekt der PUK an, welches auf der Station E0 durchgeführt wird. E0 ist eine teiloffene Aufnahmestation, die im Jahre 2009 neu eröffnet wurde. Auf dieser Station werden vor allem akute psychotische oder affektive Störungen behandelt, im Patientenkollektiv ist jedoch die gesamte Bandbreite der Psychiatrie vertreten.

Die Ergotherapie ist fester Bestandteil der interdisziplinären Behandlung. Sie ist aufgeteilt in zwei eigenständige Bereiche, die Ergo- und die Arbeitstherapie. In der Ergotherapie selber stehen ADL (Activities of daily living), Freizeit und Selbstversorgung im Vordergrund. Die für die Station E0 zuständige Therapeutin führt an vier Tagen pro Woche eine Gruppen- und zwei bis drei Einzeltherapien pro Tag durch. Zusätzlich gibt es stationsübergreifende Angebote wie Cogpack (ein computergestütztes kognitives Trainingsprogramm), Ausdruck und Gestaltung, die Gruppen Interaktion und Freizeit sowie Interaktion und Wohnalltag. In der stationsübergreifenden Arbeitstherapie liegt der Fokus auf Arbeit, Ausbildung und Abklärung. Sie besteht aus zwölf Ergotherapeuten, die sich auf das Betätigungsfeld Arbeit spezialisiert haben. Das Angebot umfasst unter anderem vier Mediengruppen¹ sowie die Gruppen soziale Kompetenzen am Arbeitsplatz und Startklar. Letztere bietet Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Arbeitsleben. Alle Patienten der PUK, bei welchen sich die Indikation für eine Abklärung der Arbeitsfähigkeiten stellt, werden für die Arbeitstherapie angemeldet.

¹ Anhand von verschiedenen Medien (Papier / Karton, Holz, Metall oder Bürotraining) werden grundlegende Fähigkeiten trainiert, die für die Ausführung einer Arbeit notwendig sind.

Der Leiter der Arbeitstherapie ist Mitglied der interdisziplinären Evaluationsgruppe des Recovery Projektes. Laut ihm finden auf besagter Station seit September 2011 strukturelle und inhaltliche Anpassungen in Richtung des Recovery-orientierten Konzepts statt. Die Hauptzielsetzung des Projekts ist die Weiterentwicklung der therapeutischen Haltung des multidisziplinären Behandlungsteams dieser Akutstation gemäss den Richtlinien des „Quality Management Committee of the American Association of Community Psychiatrists“ (Sowers, 2005). Angestrebt wird eine explizitere Einbeziehung der Patienten in die Behandlung (Leiter Arbeitstherapie, persönliche Kommunikation, 6. September, 2012).

2.2 Literaturrecherche

Zuerst wurden Stichwörter definiert. Dann wurde in den Datenbanken CINAHL und AMED nach differenzierten Schlagwörtern gesucht, um die Begriffseingabemöglichkeiten für die Recherche zu erweitern. Eine Tabelle mit einigen Beispielen befindet sich im Anhang unter 9.2. Für die eigentliche Literaturrecherche wurden die Datenbanken CINAHL, Medline, AMED-Allied und aufgrund des psychologieastigen Themas zusätzlich Psychinfo benutzt.

Um eine grössere Anzahl an Studien zu finden wurde bei Mehrwort-Begriffen, wie z. B. „Occupation-centred“, nur ein Wort eingegeben. Auch wurde mit Trunkierungszeichen gearbeitet. Zur Eingrenzung der Anzahl angezeigter Studien wurde die Suche auf in den letzten zehn Jahren publizierte Studien beschränkt, oder es wurden mehrere Begriffe gleichzeitig eingegeben. Mit dieser Taktik konnte eine überschaubare Anzahl an für dieses Thema relevanten Studien gefunden werden. Falls in den Datenbanken nur das Abstract zugänglich war fand sich die komplette Studie teilweise in Online-Zeitschriften. In einem Fall wurde eine Studie, die online nicht zu finden war, per Email direkt beim betreffenden Forscher angefordert.

2.3 Interview

2.3.1 Aufbau des Interviews

In Hinblick auf die Fragestellung und die theoretischen Grundlagen des Themas wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden mit folgenden Hauptaspekten konzipiert:

- Begriffsklärung Recovery und Betätigungsorientierung
- Arbeitsalltag
- Professionelle Haltung
- Akutstation
- Kompatibilität betätigungs- und Recovery-orientiertes Konzept
- Identifikation und Rolle

Die konkreten Fragen zielen darauf ab, einen möglichst umfassenden Einblick in den praktischen Arbeitsalltag der Ergotherapeutinnen zu erhalten und in Erfahrung zu bringen, wie die Praxis mit den in der Einleitung genannten theoretischen Aspekten und Kernaussagen der beiden Konzepte übereinstimmt. Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich im Anhang unter 9.3.

2.3.2 Durchführung der Interviews

Die beiden Interviews wurden separat durchgeführt. Damit wurde eine gegenseitige Beeinflussung der beiden Teilnehmerinnen verhindert und die Auswertung vereinfacht. Zusätzlich ermöglichte dieses Vorgehen, die Fragestellungen den leicht unterschiedlichen Blickwinkeln anzupassen, da die beiden befragten Therapeutinnen nicht zum gleichen Grad in das Recovery-Projekt involviert sind. Während die eine für die Station E0 zuständig ist, also die „Innenansicht“ vertritt, handelt es sich bei der anderen Interviewpartnerin um die Arbeitstherapeutin, welche gemäss eigenen Aussagen die „Aussenansicht“ vertritt. Sie beschreibt ihren Involvierungsgrad wie folgt (Arbeitstherapeutin, persönliche Kommunikation, 27. November, 2013):

Was meine Rolle als Ergo- / Arbeitstherapeutin betrifft, habe ich an den Recovery-Weiterbildungstagen sowie an einer Projektuntergruppe teilgenommen. Ich vertrete die Arbeitstherapie einmal wöchentlich beim

Briefing², nehme wenn möglich an der Fall Supervision² teil und teilweise (...) an den Behandlungskonferenzen². Meine Erfahrungen beruhen somit mehrheitlich auf einer "Aussensicht", d.h. ich bin behandlungsmässig selten direkt involviert, nämlich dann wenn Patienten an der Gruppe „soziale Kompetenzen am Arbeitsplatz“ der Arbeitstherapie teilnehmen.

Deswegen wurden Fragen nach der konkreten ergotherapeutischen Arbeit auf der Station nur der Stationsergotherapeutin gestellt. Zu allen weiteren Fragen konnten beide Therapeutinnen Auskunft geben. Beide Interviews fanden am 5. Februar 2013 statt und dauerten je ungefähr 50 Minuten.

2.3.3 Aufnahme und Auswertung der Interviews nach Mayring

Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert, das detaillierte Vorgehen wird im Anhang unter 9.4 beschrieben. Um Fehler zu vermeiden wurde das Transkript mehrfach Korrektur gelesen und danach mittels standardisierter Techniken nach Mayring (2003) ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring bietet sich für die Auswertung von sprachlichem Material an, weil sie, im Gegensatz zu vielen anderen qualitativen Ansätzen, eine streng systematische, das heisst theorie- und regelgeleitete Analyse des Materials ermöglicht. Es folgt ein Beschrieb des Ablaufmodells der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in acht Schritten und der praktischen Umsetzung.

1. *Festlegung des Materials*: Zuerst soll definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegt. Es sollen die Textstellen ausgewählt werden, die sich auf die Forschungsfragen beziehen.

Umsetzung: Textstellen die nichts mit der Forschungsfrage zu tun hatten wurden gelöscht.

2. *Analyse der Entstehungssituation*: Es soll genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde.

Umsetzung: Es wurden nacheinander zwei halb-strukturierte Interviews durchgeführt, zuerst mit der Ergo- und darauf mit der Arbeitstherapeutin. Ziel war, mehr über den

² Diese interdisziplinären Anlässe sind Teil der strukturellen Veränderungen auf der Station E0 im Zusammenhang mit Recovery. Im Kapitel 3.3 folgen weitere Erläuterungen diesbezüglich.

Gegenstand dieser Studie herauszufinden. Die Interviews fanden an der PUK in einem Raum ohne Ablenkung statt. Die Teilnahme war freiwillig und unentgeltlich.

3. *Formale Charakterisierung des Materials*: Hier soll die Form, in welcher das Material vorliegt, beschrieben werden. Die gesprochene Sprache, meist auf Tonband aufgenommen, wird zu einem geschriebenen Text transkribiert.

Umsetzung: Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (siehe Anhang 9.4).

4. *Richtung der Analyse*: Es soll festgelegt werden, worauf sich die Interpretation des Materials beziehen soll. Dabei stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl:

- Analyse auf den Gegenstand beziehen
- Analyse der emotionalen Befindlichkeit der Interviewten
- Analyse der durch den Text repräsentierten Handlungen
- Analyse der Wirkung auf den Rezipienten (Hörer oder Leser)

Umsetzung: In dieser Studie wurde der Gegenstand analysiert.

5. *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung*: Die Fragestellung der Analyse soll vorab geklärt sein, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden sein und in Unterfragen differenziert dargestellt werden.

Umsetzung: Die Fragestellung wurde in folgende Unterfragen differenziert:

- Erleben die Ergotherapeutinnen das Recovery-orientierte Konzept auf der Akutstation als umgesetzt?
- Was hat sich aus Sicht der Ergotherapeutinnen mit der Einführung des Recovery-Konzepts verändert?
- Hat sich die eigene professionelle Haltung oder Berufsrolle der Ergotherapeutinnen durch die Einführung des Recovery-Konzepts verändert?
- Ist eine Recovery-orientierte Haltung kompatibel mit einer betätigungsorientierten Haltung? Gibt es Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder Widersprüche?

6. *Bestimmung der Analysetechnik*: Es soll entschieden werden, welches Verfahren Anwendung finden soll: die Zusammenfassung, die Explikation, die Strukturierung oder Mischformen der drei Verfahren.

Umsetzung: Das hier gewählte Verfahren ist die Strukturierung (siehe Schritt 8).

7. *Definition der Analyseeinheit*: Die Kodiereinheiten sollen festlegen, welche Textteile zu welcher Kategorie gehören.

Umsetzung: Es wurden deduktiv³ Haupt- und zwei Stufen von Unterkategorien gebildet. Die Kategorien wurden, wie schon der Interviewleitfaden, in Anlehnung an die Fragestellung und die theoretischen Aspekte der beiden Konzepte gebildet. Die so definierten Hauptkategorien lauteten:

- Bedeutung Recovery
- Praxis Recovery
- Bedeutung Betätigungsorientierung
- Praxis Betätigungsorientierung
- Kompatibilität Recovery- und betätigungsorientiertes Konzept
- Klientenzentrierung

8. *Analyse des Materials*: Die drei verschiedenen Analysetechniken sollen folgende Schritte beinhalten:

- Zusammenfassung: Reduzierung des Materials auf das Wesentliche, Überschaubarkeit des Materials herstellen.
- Explikation: Hinzuziehen von weiterem Material zum besseren Verständnis, dient der Erläuterung von Textstellen.
- Strukturierung: Herausfiltern von Strukturen aus dem Material, Einschätzung des Materials unter vorher festgelegten Kriterien (z. B. inhaltliche oder formale Strukturierung).

Laut Mayring (2000) besteht der qualitative Analyseschritt bei der Strukturierung darin, Textstellen zu deduktiv gewonnenen Kategorien methodisch abgesichert zuzuordnen. Kernstück sollen dabei die genaue Definition der vorgegebenen Kategorien sein, Ankerbeispiele sowie die Festlegung von inhaltsanalytischen Regeln, nach welchen die Kategorien einer Textstelle zugeordnet werden. Danach soll das Kategoriensystem mit seinen Definitionen am Material überprüft, angepasst und endgültig zugeordnet werden (Ablaufmodell siehe Anhang 9.5). Es folgt die Zusammenfassung des in Form von Paraphrasen extrahierten Materials, zunächst

³ Bei der deduktiven Kategoriendefinition werden die Kategorien theoriegeleitet erarbeitet. Dies im Gegensatz zur induktiven Kategoriendefinition, bei welcher die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet werden, ohne sich auf vorher formulierte Theoriekonzepte zu beziehen (Mayring, 2003).

pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie. Dabei sollen die Z-Regeln der Zusammenfassung gelten.

Umsetzung: Die hier zur Anwendung kommende Analysetechnik ist die Strukturierung, da es das Ziel ist, bestimmte Inhalte aus dem Material herauszufiltern. Die Kategorien wurden definiert, Ankerbeispiele aufgeführt und Definitionen sowie Kodierregeln bestimmt, ein Beispiel ist in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4: Beispiel für Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel einer Unterkategorie.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Interdisziplinäre Arbeit	Die Zusammenarbeit zwischen allen oder mehreren Disziplinen einer bestimmten Station (hier E0) betreffend.	„Die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit hat sich extrem verbessert. Wir arbeiten jetzt wirklich gleichwertig und professionell.“ „Der Behandlungsprozess auf der Station wird jetzt interdisziplinär gesteuert.“	Aus dem Inhalt muss hervorgehen, dass ein Prozess, die Stimmung oder die Behandlungsqualität von mehreren Disziplinen beeinflusst wird.

Gemäss diesen Regeln wurden die einzelnen Textstellen den Kategorien zugeordnet, ein Beispiel ist im Anhang unter 9.6 zu finden. Nach der Bearbeitung von etwa 20 Prozent des Materials wurden einige Anpassungen vorgenommen. Diese, wie auch die Liste mit den finalen Kategorien und Unterkategorien, werden im Anhang unter 9.7 aufgeführt. Auch die Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln wurden im Laufe der Analyse erweitert und überarbeitet. Nach der Textstellen-Zuordnung wurde das extrahierte Material gemäss den Z-Regeln der Zusammenfassung zunächst pro Unterkategorie und dann pro Hauptkategorie zusammengefasst, siehe Anhang 9.8.

2.4 Sicherung der Datenqualität

Idealerweise wird die Kategorisierung zur Qualitätssicherung von zwei Personen individuell durchgeführt. Leider stand keine solche Zweitperson zur Verfügung. Aus folgenden Gründen darf die Datenqualität jedoch trotzdem als genügend erachtet werden:

- Dadurch, dass es sich um eine deduktive Kategorienanwendung handelte, standen die Kategorien schon mehr oder weniger fest.
- Die Kategorisierung wurde wiederholt kontrolliert, und Feedback und Anregungen der Mentorin diesbezüglich in die Auswertung integriert.
- Nach der Auswertung wurde ein Member checking mit den beiden Interviewpartnerinnen durchgeführt, um zu erfragen, ob die Resultate ihre Kernaussagen widerspiegeln. Auch ihre Rückmeldungen diesbezüglich wurden in die Arbeit integriert.

3. Resultate

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, die sich durch die beschriebene Methode herauskristallisiert haben, beschrieben und mit Zitaten unterlegt.

3.1 Recovery: Hoffnung, Identität, Sinn, Empowerment, Transparenz, Peers und Realitätsbezug

Gemäss den Ergotherapeutinnen bedeutet Recovery:

„Gesundung ... was nicht heisst den Ursprungszustand wieder zu erlangen sondern ... mit dem was ist die bestmögliche Lebensqualität und Selbstbestimmung zu erreichen ... wieder Eigenverantwortung übernehmen. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz.“

„... gemeinsam MIT dem Patienten, gezielt unter den beiden Prämissen Hoffnung und Zuversicht vermitteln.“

Die Therapeutinnen beschreiben, dass die Förderung dieser Gesundung in engem Zusammenhang mit Hoffnung, Identität, Sinn, Empowerment und Transparenz stehe, und dass zumindest ein Stück weit von Aussen darauf Einfluss genommen werden könne. Weitere wichtige Aspekte seien die Peers und der Realitätsbezug.

Hoffnung: Die Hoffnung könne durch die Bestärkung der Ressourcen des Patienten von Aussen oder durch die Haltung ihm gegenüber gefördert werden. Dadurch könne der Patient z. B. erleben, wie sich das ganze Team an seinem Genesungsprozess beteilige. Da Hoffnung kein Dauerzustand sei, müsse sie konstant genährt werden. Gesamthaft gesehen sei die Hoffnung:

„Das tragende Element ... das kann man bei jedem, egal wie chronisch, versuchen beizubehalten ... das ist eigentlich die Grundhaltung auf unserer Station.“

Ein konkretes Beispiel aus der Praxis:

„Eine Patientin ist nicht mehr [in die Ergotherapie] gekommen wegen ihrer hochfrequenten Betreuung. Aber immer wenn ich sie sehe sage ich ... sie können jederzeit kommen, der Platz ist für sie frei gehalten. Ich finde das ist wie Zuversicht und Hoffnung.“

Identität: Auch die Identitätssuche könne ein Stück weit unterstützt werden, durch ernst nehmen und wertschätzen der Lebensgeschichte:

„Helfen bei der Identitätssuche indem ich ... auch frage, was wollen SIE.“

„Was ich gar nicht gern habe ist, wenn jemand kommt und das Gefühl hat, ich bin nur eine Baustelle ... die Teilnehmer können das vielleicht nicht, haben aber eine reiche Lebensgeschichte hinter sich, haben schon viele Sachen gemacht, z. B. Kinder erzogen. Da kann man immer anknüpfen.“

Sinn: Die Suche nach dem Sinn im Leben könne gefördert werden indem z. B. mit dem ganzen Team nach Lösungen gesucht werde:

„Sinn im Leben finden oder keinen Sinn mehr sehen hat häufig mit der Einstellung zur Krankheit zu tun. Wenn jemand nur sieht was er nicht mehr kann ... kann sich diese Einstellung mit dem Fokus auf Empowerment verändern. Indem man Möglichkeiten anschaut, mit dem was da ist, und gemeinsam den Weg geht.“

Empowerment: Laut den Interviewpartnerinnen seien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung (als Komponenten von Empowerment) durch Erfolgserlebnisse direkt positiv beeinflussbar:

„Durch Erfolgserlebnisse sieht man: Ich bin Selbstwirksam, ich bin nicht nur Opfer sondern ich ... habe auch Möglichkeiten. Das gibt einem wieder Hoffnung und diese wiederum Eigenständigkeit.“

Oder, anders ausgedrückt: Indem sie die Patienten willkommen heißen, ernst nehmen, mit ihnen gemeinsamen nach Lösungen suchen und Verantwortung übergeben würden, sei die Förderung von Hoffnung, Identität und Sinn in einem gewissen Masse möglich, was wiederum Empowerment ermögliche, und somit eine Positivspirale in Gang setze.

Transparenz: Indem die Patienten bei den Gesprächen dabei seien, und indem der Fokus auf transparentes Arbeiten gelegt werde, könne Transparenz als wichtiger Bestandteil des Recovery-Konzepts gewährleistet werden:

„Ich muss realistisch sein. Natürlich arbeite ich mit Hoffnung und Zuversicht, aber Recovery heisst für mich auch ... transparentes Arbeiten. Ich sage was ich denke ... meine Person darf auch spürbar werden.“

Ein Beispiel mit Folgen aus der Praxis:

„Eine Patientin hat aufgrund dieses offenen Gespräches ... viel mehr eigene Fähigkeiten entwickelt in der Reflexion, die Introspektion wurde sehr gestärkt.“

Peers: Peers wären für die Interviewpartnerinnen ein weiterer wichtiger Punkt:

„Ich denke, dass diese grosse Kraft, die Recovery hat, auch darin besteht, dass die Menschen sich untereinander stützen und voneinander lernen ... und so auch ein Stück weit ihre Stärke entwickeln ... um in der Gesellschaft als diejenigen aufzutreten, die sie sind.“

An der PUK kämen im Moment noch keine Peers zum Einsatz, da von der Geschäftsleitung das genaue Vorgehen diesbezüglich noch abgeklärt werden müsse.

Realitätsbezug: Arbeiten gemäss Recovery heisst, an den Potenzialen zu arbeiten. Laut den Therapeutinnen müssten jedoch auch Schwächen angesprochen und angegangen werden, da gewisse Dinge nicht umgangen werden könnten. Dabei könne an den Stärken angeknüpft und Ressourcen-orientiert gearbeitet werden:

„Ich versuche die Schwächen zur Kenntnis zu nehmen, aber an den Stärken anzusetzen, damit ein erster Schritt in diese Richtung möglich wird.“

Ausserdem seien die Begriffe Schwäche und Defizit subjektiv und nicht klar eingrenzbar, und sollten darum vermieden werden, da sie das Denken verändern und blockieren könnten.

3.2 Identifikation mit Recovery

Beide Ergotherapeutinnen können sich mit dem Recovery-Konzept identifizieren. Durch dessen Einführung habe keine Veränderung der eigenen Haltung stattgefunden. Während dem die eine Interviewpartnerin dies damit begründet, dass der klientenzentrierte ganzheitliche Ansatz schon Teil des ergotherapeutischen Konzepts sei, drückt die andere es so aus:

„Im Grunde ist Recovery für mich nichts Neues. Weil wir in der Ergotherapie dieses humanistische Menschenbild vertreten.“

Das neue Konzept sei aber eine zusätzliche Anregung der Bewusstheit, und die Ergotherapeutinnen fühlen sich nun in ihrer Haltung durch das ganze Team bestärkt.

3.3 Umsetzung des Recovery-Konzepts auf der Akutstation und die Folgen

Strukturelle Veränderungen: Dazu gehören folgende Gefässe:

- Briefing: täglich ¼ Stunde lang mit allen Behandelnden aber ohne Patienten. Ziel: Klare Absprachen.
- Behandlungskonferenz: 1 x pro Woche 1 Stunde lang, ¼ Stunde pro Patient (pro Woche 4 Patienten) mit allen Behandelnden sowie den Patienten. Ziel: Standortbestimmung.
- Fallsupervision: ungefähr 1 x pro Monat 1 ½ Stunden lang mit allen Behandelnden aber ohne Patienten. Ziel: Überprüfung der Recovery-orientierten Haltung in Bezug auf einen Patienten.

Inhaltliche Veränderungen: Folgen der veränderten Struktur sind laut den Therapeutinnen die viel kürzeren Informationswege, wodurch sie optimale und direkte Austauschmöglichkeiten hätten. Auch werde der Behandlungsprozess nun interdisziplinär (wobei jeder Meinung das gleiche Gewicht beigemessen werde) und mit dem Patienten zusammen gesteuert, was auch die Umgangsform verändert habe:

„Nicht ICH weiss was FÜR dich gut ist, sondern wir klären es miteinander. Dieses paternalistische soll von der nicht paternalistischen Grundhaltung abgelöst werden.“

„Was ich ganz toll finde bei der Behandlungskonferenz ist, dass der Patient mitanwesend ist. Man drückt sich transparent und klar aus ... man bemüht sich, sich selber auf eine gute Art darzustellen. Und man spricht nicht ÜBER den Patienten sondern ist im Gespräch mit ihm.“

Einschränkungen des Recovery-orientierten Konzepts: Wegen den Rahmenbedingungen könne nicht alles, was Recovery erfordern würde, eins-zu-eins umgesetzt werden. Diese Einschränkungen betreffen einerseits die Involvierung von Peers, welche wegen rechtlichen und anderen Fragen noch in Planung sei, und andererseits den Umgang mit sehr akuten Patienten mit anderen Voraussetzungen von Einverständnis, Einsicht und Behandlungsvorstellungen:

„Wenn wir Menschen haben die z. B. hochpsychotisch sind, durch den Flur laufen, andere schlagen, andere anrennen ... dann ist natürlich klar dass man anders eingreift.“

Der Stationsrahmen aber auch Klinkkonzept und Behandlungsziel müssten trotz Recovery gesichert und eingehalten werden:

„Wenn sich jemand hier nur erholen will ... geht das nicht weil es ein Behandlungsort ist, und auch keine realistische Lebensform ... aber man geht sicher darauf ein und versucht zu verstehen, was heisst für sie Erholung ... weil Erholung auch ein wichtiger Anteil ist.“

Nach Meinung der Ergotherapeutinnen wird auf der Station E0 die maximale Umsetzung an Recovery-Orientierung für eine Akutstation erreicht.

Qualität der interdisziplinären Arbeit: Jeder im Team sei nun gleichwertig. Durch den vermehrten Austausch und die grössere Transparenz nehme man sich gegenseitig viel bewusster wahr, was die Arbeitsqualität extrem verbessert habe.

„Es herrscht mehr Wertschätzung, WEIL man ... gegenseitig mehr versteht.“

Ausserdem würden sich die bewusst hoffnungsvolle Grundhaltung der Station und die vermehrte Wertschätzung positiv auf die eigene Arbeitszufriedenheit auswirken. Es entstehe ein gutes Arbeitsklima, welches sich auf den Patienten übertrage.

3.4 Betätigungsorientierte Ergotherapie: Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Sinn und Zweck, ein sicheres Umfeld und Normalisierung

Für die beiden Interviewpartnerinnen ist der Hauptschwerpunkt der Ergotherapie die sinnvolle Betätigung mit dem Ziel:

„... grösstmögliche Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des Patienten.“

Sie würden die Ressourcen der Patienten in deren Lebensumfeld berücksichtigen:

„Ich frage beim Erstkontakt immer, wie sieht ihr Alltag aus, was wollen SIE am Ende der Therapie erreicht haben, was soll anders sein wenn sie von hier nach draussen gehen.“

Für sie ist Betätigungsorientierung die Grundlage der Ergotherapie. Beide geben an, sich absolut damit identifizieren zu können. Sie beschreiben Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Sinn und Zweck, ein sicheres Umfeld und Normalisierung als zentrale Komponenten der Ergotherapie.

Selbstwirksamkeit und Hoffnung: Sich als Selbstwirksam erleben sei ein Schwerpunkt der Ergotherapie und führe wiederum zu Hoffnung:

„Selbstwirksamkeit ... ist SEHR zentral, das ist ja das Ziel.“

Gefühl von Sinn und Zweck: Dieses Gefühl ist laut den Therapeutinnen zentral:

„Das Gefühl von Sinn und Zweck ist das A und O in der Ergotherapie, und das kann man noch unterstützen ... mit „meaningful“ Betätigung.“

Sicheres Umfeld: Ein solches sei sehr wichtig. Es könne durch den Rahmen (Regelungen wie respektvoller Umgang etc.) wie auch die Haltung geboten werden:

„Ich sollte schon Ruhe ausstrahlen, und nicht selber gisplig und hisplig sein, das überträgt sich auf Patienten.“

Normalisierung: Auch die Normalisierung sei ein wichtiger Faktor:

„Sachen als normal ansehen können. Dazu gehört die Befindlichkeit benennen zu können, oder um Hilfe bitten ... auch keine Spannungsgefühle mehr zu haben wie ich bin die Einzige [die das nicht schafft].“

3.5 Betätigungsorientierte Ergotherapie in der Praxis

Die Ergotherapeutin der Akutstation gibt an, dass in der Gruppe oft handwerklich gearbeitet werde, wobei sie die eindeutig alltagsbezogene Arbeit bevorzugen würde. Beim Erstkontakt bespreche sie Prioritäten und Schwierigkeiten des Patienten in Bezug auf seinen Alltag und setze dann mit ihm zusammen Ziele, welche sie betätigungsorientiert formuliere:

„Viele sagen: Ich will stabiler sein ... weniger abgelenkt ... dann versuche ich mit dem Patienten einen Nenner zu finden und zu sagen, stabiler sein DAMIT ich dieses wieder machen kann.“

Während der Therapie beobachte sie und bespreche das Gesehene mit dem Patienten. Selten benutze sie dafür einen schriftlichen hauseigenen Bogen. Zum Schluss, oder zwischendurch, fänden Evaluationsgespräche statt, gerne arbeite sie mit der Zahlenleiste von eins bis zehn, um zu besprechen was sich verändert / verbessert habe.

Einschränkungen des betätigungsorientierten Konzepts: Die Anwendung von standardisierten Assessments und die gemeinsame Steuerung des Therapieprozesses mit dem Patienten entsprächen dem Idealfall, seien aber auf der Akutstation oft nicht möglich, da die Patienten z. T. nur sehr kurz in der Klinik oder sehr schwach seien.

Auch das generelle Ziel der der grösstmöglichen Selbständigkeit und Eigenverantwortung gelte bei chronischen Patienten nicht immer:

„Wenn ich an sehr chronisch betroffene Menschen denke ... dann helf ich vielleicht auch damit, dass ich jemanden dazu bringe, dass er in einer hochbetreuten Wohneinrichtung einen Platz findet.“

Die Gruppentherapie sei auf dieser Akutstation ein sehr niederschwelliges Angebot, welches, zur Zeit, teilweise leider mehr Richtung Aktivierung gehe. Gezieltes Arbeiten sei viel eher im Einzelsetting zu verwirklichen. Die Zeit für Einzeltherapien sei aber beschränkt.

Kompatibilität Praxis mit strikter Betätigungsorientierung: Die Ergotherapeutinnen empfinden Cogpack oder andere Massnahmen, durch welche Körperfunktionen trainieren werden, als sinnvoll, wenn es dem Bedürfnis des Patienten entspreche daran zu arbeiten. Sie sehen darin keinen Gegensatz zum betätigungsorientierten Konzept, da dieses Training sinnvoll und alltagsorientiert sei:

„Z. B. [bei Cogpack] auf welchem Stuhl sitze ich, wie hoch ist die Tischhöhe ... das sind für mich alles absolut alltags-orientierte Fragen.“

Ausserdem könne später anhand von Alltagstätigkeiten verglichen oder überprüft werden, was sich durch Cogpack verändert habe.

Abgrenzung der Ergotherapie zu anderen Disziplinen: Auf dieser Station werde der Alltag als erstes von den Pflegefachpersonen erfasst, welche auch konkrete Ziele wie Ordnung halten, Kochen, Hobbys kennenlernen etc. setzen würden. Die Herangehensweise sei jedoch eine andere:

„Die Pflege auf der Station hat auch z. B. Kochgruppe gemacht. Aber sie haben in einem Tag ... geplant, eingekauft, gekocht, neu besprochen, und das mit hochakuten Patienten in drei - vier Stunden, das ist unrealistisch ... wir können einfacher therapeutisch arbeiten indem wir modular [einzeln] an die unterschiedlichen Themen herangehen können, das ist unser grosses Plus, und das wird sehr geschätzt, auch von den Patienten.“

3.6 Kompatibilität der beiden Konzepte:

Gemeinsamkeiten: Eine Ergotherapeutin empfindet das Recovery- und das betätigungsorientierte Konzept als absolut kompatibel, da die Recovery-orientierte Haltung der ergotherapeutischen Grundhaltung entspreche. Für die andere Therapeutin überschneiden sich die Konzepte zumindest zum grossen Teil:

„Überschneidungen darin, dass es immer das Ziel ist am Ende die Selbstständigkeit, die Selbstwirksamkeit, wieder zu erlangen.“

Als weitere Gemeinsamkeit wurde genannt, dass Schwerpunkte mit den Patienten zusammen gesetzt werden würden, und die grosse Übereinstimmung zwischen dem Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) der Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT] (1997) und dem Recovery Modell hervorgehoben:

„Das CMOP arbeitet auch klientenzentriert ... es ist das kompatibelste Modell zu Recovery. Vor allem weil man am Anfang fragt, wie ist es, und am Ende wieder. Das finde ich optimal.“

Unterschiede: Die soziale Unterstützung unter den Patienten sei kein direktes Thema in der Ergotherapie auf dieser Station, es gehe mehr um Aufbau oder Erhalt einfacher sozialer Kompetenzen. Die Anwesenheit von Peers würde dies evtl. verändern.

Widersprüche: Wenn jemand sich nicht auf die Therapien einstellen kann, oder nur entspannen will, müsste man ihn laut Recovery gewähren lassen, was nicht dem betätigungsorientierten Konzept entsprechen würde. Dieser Konzept-Konflikt sei durch das Gespräch lösbar:

„Solche Fälle hab ich auch. Dann sag ich oft, überlegen wir welche Tätigkeiten für Sie entspannenden Charakter haben, dann versuchen wir das aufzubauen.“

Ausserdem dürften die Patienten auch einmal eine Viertelstunde sitzen und nichts machen, da es in der Ergotherapie nicht um Leistung gehe.

3.7 Rolle der Ergotherapie bei der Einführung von Recovery

Im Falle einer Einführung des Recovery-Konzepts auf anderen Stationen oder in anderen Kliniken wäre es laut der einen Ergotherapeutin ein Vorteil, wenn eine Vertretung der Ergotherapie mit von der Partie wäre (wie auch hier die Ergotherapeutinnen von Anfang an involviert waren):

„Es ist gut, wenn die Ergotherapeutin mithilft bei der Einführung des Recovery-Konzepts, weil es unsere Grundhaltung ist und weil der Alltag unser Schwerpunkt ist. Deshalb, denk ich, sind wir da wesentlich und nicht wegzudenken.“

Gleichzeitig wird betont, dass auch andere Seiten viel zur Einführung beitragen könnten:

„Ich finde wir sollten nicht wieder anfangen Kuchenstücke zu verteilen, im Sinne von das ist MEIN spezifischer Teil des Kuchens. [Die Ergotherapie] könnte sicher vieles reinbringen. Aber ich könnte es mir auch von anderen Seiten vorstellen.“

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Resultate

Beide Interviewpartnerinnen vertreten die Position, dass die maximale Umsetzung an Recovery-Orientierung für eine Akutstation erreicht sei. Das therapeutische Vorgehen der Stationsergotherapeutin ist kompatibel zum Vorgehen, welches in betätigungsorientierten ergotherapeutischen Modellen beschrieben wird. Auch die beiden Konzepte Recovery- und Betätigungsorientierung werden als kompatibel empfunden. Differenzen gäbe es nur darin, dass der soziale Zusammenhalt in der Ergotherapie kein genereller Schwerpunkt sei. Sie sind der Meinung, dass die Ergotherapie bei einer Einführung von Recovery viel beizutragen habe und die Einführung von Recovery die interdisziplinäre Zusammenarbeit stark verbessert habe.

4.2 Diskussion der Resultate in Bezug auf die Fragestellung

4.2.1 Hat die Umsetzung des Recovery-orientierten Konzepts stattgefunden?

Die Umsetzung des Recovery-orientierten Konzepts auf der Station E0 hat aus Sicht der Ergotherapeutinnen stattgefunden. Ein objektiver Vergleich ihrer Aussagen mit den in der Einleitung beschriebenen Komponenten von Recovery führt zum selben Schluss. Die Umsetzung erfolgte durch die Anpassung der äusseren Strukturen (Veränderung der Rapport- und Visitenstruktur) und eine in Richtung Hoffnung und Wohlwollen weiterentwickelte Grundhaltung des multidisziplinären Behandlungsteams. Die paternalistische Haltung wurde durch eine partnerschaftliche, Empowerment fördernde Zusammenarbeit mit dem Patienten ersetzt.

Auch bei hochakuten Patienten, die im Extremfall durch eine Zwangsmassnahme⁴ in der Klinik festgehalten werden, kann die Grundhaltung dem Patienten gegenüber beibehalten und das Recovery-Konzept, zumindest teilweise, umgesetzt werden.

⁴ Laut Art. 437 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (2013) [elektronische Version] dürfen Zwangsmassnahmen angeordnet werden wenn:

- „- der betroffenen Person ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität anderer Personen ernsthaft gefährdet ist.
- die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist.
- keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist.“

4.2.2 Kann das betätigungsorientierte Konzept auf der Akutstation umgesetzt werden?

Auch die Umsetzung des betätigungsorientierten Konzepts auf der Akutstation, welche in der Studie von Lim et al. (2007) in Frage gestellt wird (siehe Kapitel 1.2), ist prinzipiell möglich. Das heisst die Ergotherapeutin kann mit einer klientenzentrierten Haltung arbeiten, der Patient kann in Betätigung eingebunden werden, Ziel ist die Förderung der Selbstwirksamkeit und der ganze Therapieprozess findet im Einklang mit den heutigen betätigungsorientierten Modellen (z. B. dem OTIPM) statt. Damit werden die, in der Einleitung beschriebenen, Kriterien für betätigungsorientiertes Arbeiten erfüllt.

Mögliche genannte Barrieren für die Umsetzung sind die akute psychische Verfassung der Patienten, die kurze Aufenthaltsdauer und die beschränkten zeitlichen Ressourcen der Ergotherapeutin in Bezug auf Einzeltherapien, in welchen zielgerichteter gearbeitet werden könne. Trotzdem können auch bei schwierigen Voraussetzungen einige Grundkomponenten des betätigungsorientierten Konzepts umgesetzt werden. So kann z. B. immer ein umsetzbares Ziel gefunden und die Hoffnung auf Veränderung beibehalten werden (siehe auch Kubny-Lüke, 2009).

4.2.3 Gibt es zwischen den beiden Konzepten Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder Widersprüche?

Das Konzept der Recovery-Orientierung kann laut den Interviewpartnerinnen ergotherapeutisch problemlos umgesetzt werden, da es kompatibel zum Konzept der betätigungsorientierten Ergotherapie sei. Allerdings muss noch einmal wiederholt werden, dass Recovery streng gesehen eine Haltung beschreibt (siehe Kapitel 1.1.3), welche gemäss dieser Studie problemlos in die moderne Ergotherapie integrierbar scheint. Wird diese Haltung aber zum Konzept erweitert, und mit dem betätigungsorientierten Konzept verglichen (siehe Tabelle 3), scheint es doch Unterschiede zu geben. Der in der Einleitung aufgestellte Verdacht, dass die Gemeinsamkeiten die Haltung und das Ziel betreffen, während die Intervention unterschiedlich sei, hat sich durch diese Studie teilweise bestätigt.

4.2.3.1 Gemeinsamkeiten

Die philosophischen Grundlagen beider Konzepte (der ganzheitliche Ansatz und das humanistische Weltbild) und daraus resultierend die Grundhaltung (klientenzentriert) sowie das Ziel (Selbstwirksamkeit und dadurch Wohlbefinden und gesellschaftliche Inklusion) sind tatsächlich in hohem Masse konsistent.

Im CMOP (CAOT, 1997) wird der ganzheitliche Hintergrund der Ergotherapie, bei welchem die Person mit ihrem ganzen Wesen (in Bezug auf Betätigung) im Zentrum steht, sehr übersichtlich dargestellt (siehe Abbildung 1). Eine wichtige Stärke dieser ganzheitlichen Herangehensweise ist, dass vom blinden Vertrauen in Diagnosen, Symptome und Beeinträchtigungen einer psychischen Erkrankung Abstand genommen wird (Krupa, Fossey, Anthony, Brown & Pitts, 2009), wie auch vom Verdikt der Unheilbarkeit. Genau wie bei Recovery. Die starke Ähnlichkeit zu Recovery überrascht nicht, wenn bedacht wird, dass das CMOP auf den therapeutischen Richtlinien von Rogers basiert (Ikiugu, 2007), einem Psychologen und Psychotherapeuten, der den personenzentrierten Ansatz (und damit die klientenzentrierte Gesprächsführung) mit dem Fern-Ziel, die Selbstwirksamkeit und das Wohlbefinden zu steigern, begründet hat (Rogers, 1959). Dieser Ansatz bildet laut Amering et al. (2007) auch die Grundlage der modernen psychiatrischen Versorgung und damit von Recovery.

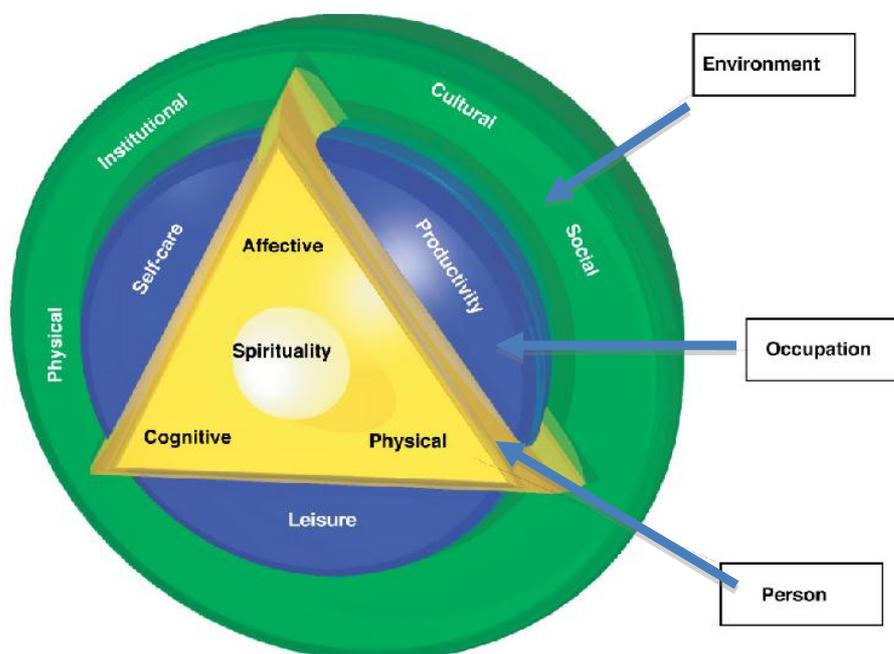


Abbildung 1: CMOP aus Townsend (2002).

4.2.3.2 Unterschiede / Ergänzungen

Was einer genaueren Betrachtung bedarf, ist der Weg, wie das benannte Ziel erreicht werden soll. Das CMOP geht zusätzlich zur Klientenzentriertheit noch von einem weiteren Kernelement aus, dem der Betätigung. Dazu schreibt Haus (2005):

Wesentlich für Gesundheit und Wohlbefinden ist, dass ein Mensch die Betätigungen durchführen kann, die wichtig für ihn sind. Über Betätigung kann er seine Persönlichkeit zum Ausdruck bringen, sie „verleiht ihm eine Identität“. Durch Betätigung kann er Verbindungen mit anderen herstellen, seine Zeit strukturieren und Ziele erreichen. Betätigung verleiht dem Leben Sinn. (S. 304)

Während dem im Recovery-orientierten Konzept wenig spezifisch davon gesprochen wird, dass der Patient unterstützt werden soll, Mittel und Wege zu finden, wie er mit weniger Belastungen leben kann, gibt die Ergotherapie ein klares Mittel zur Zielerreichung vor, nämlich die Einbindung in sinn- und bedeutungsvolle Betätigungen. Diese zusätzliche Komponente der ergotherapeutischen Intervention, nicht nur der therapeutische Einsatz der eigenen Haltung, sondern auch von Betätigungen und Aktivitäten (AOTA, 2002), ist eine konkrete Möglichkeit, wie das Ziel des Recovery-Ansatzes erreicht werden könnte. Betätigung könnte vor allem bei Patienten hilfreich sein, die sich am Beginn des Heilungsprozesses befinden, selbst noch nicht benennen können, was ihnen gut tut, und die sich durch verbale Psychotherapien überfordert fühlen. Laut Watkins (2009) muss diese Selbstkompetenz, zu wissen was einem gut tut, um als Experte in eigener Sache angesprochen werden zu können, erst erworben werden. Krupa et al. (2009) beschreiben es als grossen Fehler, dass Betätigung in der Behandlung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung nicht zu einem Hauptanliegen gemacht worden ist.

4.2.3.3 Widersprüche

Ein zentraler Punkt des Recovery-Konzepts, der in der Ergotherapie nur am Rande adressiert wird, ist die soziale Unterstützung unter den Patienten. Die befragte Therapeutin äusserte zwar, dass die Gruppendynamik eine grosse Kraft für Veränderung darstelle, sagte aber auch, dass zielgerichtetes Arbeiten viel eher im

Einzelsetting zu verwirklichen sei (zumindest in Bezug auf die Patientengruppe dieser Station). Durch vermehrte Einzeltherapien könnte die soziale Unterstützung unter den Patienten aber nicht gefördert werden, und die Patienten hätten weniger Gelegenheit, ihre sozialen Kompetenzen im Gruppensetting mit Mitpatienten zu erproben oder verbessern. Eine wesentliche Wirkung sozialer Unterstützung ist laut Konrad (2009) die Reduktion von subjektiv erlebtem Stress, wodurch unangenehme Stressfolgen verringert werden (Ochel, 2007). Zudem führt eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen⁵ laut Bellack, Mueser, Gingerich und Agresta (2004) zu verbesserten Kommunikationsfertigkeiten und als Konsequenz zu einer gesteigerten Lebensqualität. Eine Stärkung dieser beiden Faktoren wäre darum gerade bei psychisch erkrankten Menschen sinnvoll.

Die Ergotherapie könnte vom Recovery-Konzept in Bezug auf die Peers lernen, als eine gewinnbringende Möglichkeit der gegenseitigen sozialen Unterstützung unter den Patienten. Beim Dilemma „zielgerichtete Einzeltherapie versus Förderung der sozialen Kompetenzen und des sozialen Zusammenhaltes unter den Patienten“ müssten evtl. neue Wege eingeschlagen werden (siehe Kapitel 4.4 und 5.3).

4.3 Diskussion der zusätzlichen Resultate

4.3.1 Rolle der Ergotherapie bei der Einführung des Recovery-Konzepts

Gemäss Krupa et al. (2009) müssen bei der Entwicklung eines recovery-orientierten Systems alle Behandelnden zusammenarbeiten. Trotz Überschneidungen besitzt jede Disziplin ein eigenes differenziertes Fachwissen. An der PUK z. B. kochen auch die Pflegefachpersonen mit den Patienten. Die Ergotherapeuten gehen dabei jedoch modular vor, indem die Aktivität in Teilschritte aufgegliedert wird, und die Anforderungen von Umfeld und Aufgabe an die Kompetenzen des Patienten angepasst werden.

Was die Ergotherapie im Speziellen zu bieten hat, ist, dass sie zur Entwicklung von standardisierten Assessments beigetragen hat (und diese anwendet), um die Betätigungsperformanz zu erfassen und Aktivitätsanalysen durchzuführen (Fisher, 2013),

⁵ Gemäss Bellack et al. (2004) sind die sozialen Kompetenzen ein Konzept, welches für erlerntes und sozial akzeptiertes Verhalten steht. Dadurch wird eine Person befähigt, ihre sozialen und emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen. Dies beinhaltet z. B. die Fähigkeit Freundschaften zu schliessen, seine Gefühle auszudrücken, zu loben wie auch Lob oder andere emotionale Nachrichten von anderen Personen anzunehmen.

siehe auch Tabelle 2. Zusätzlich kennt die Ergotherapie mehrere Prozessmodelle wie auch einzigartige Verfahren und Methoden, und bringt dadurch eine starke theoretische Wissensbasis mit, was sie laut Krupa et al. (2009) zu einer Schlüsseldisziplin im Feld der psychiatrischen Rehabilitation macht. Die Aussage der Ergotherapeutin, dass durch die Einführung von Recovery keine Veränderung in ihrer Haltung stattgefunden habe, sie sich nun jedoch diesbezüglich durch das ganze Team bestärkt fühle, lässt ausserdem erahnen, dass der klientenzentrierte Ansatz vor der Einführung noch nicht von allen Berufsgruppen vertreten wurde.

Bei der praktischen Umsetzung dieses Konzepts muss der Realitätsbezug hergestellt werden. Während in der Literatur betont wird, dass der Fokus bei Recovery auf den Ressourcen liege, wird dieser Aspekt von den Ergotherapeutinnen relativiert. Sie vertreten die Position, dass Schwächen angegangen werden müssten, wenn sie im Alltag ein Problem darstellten. Auch betonten sie die Wichtigkeit von Transparenz dem Patienten gegenüber im Sinne von Ehrlichkeit, welche es nicht erlaube, falsche Hoffnungen zu erwecken. Dennoch haben sie einen Weg gefunden, wie Transparenz gewährleistet werden kann und das Ansprechen von Schwächen möglich ist, ohne die Grundhaltung zu verändern. Durch den Alltagsbezug folgt die Auseinandersetzung mit konkreten Problemstellungen, auch diesbezüglich könnten andere Disziplinen vom praktischen Wissen der Ergotherapie profitieren.

Zusammengefasst könnte die Ergotherapie also sehr viel fachspezifisches Wissen und Praxis-Erfahrung beisteuern, und dadurch einen wertvollen Beitrag bei der Einführung von Recovery leisten.

4.3.2 Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit

Eine weitere sehr interessante Aussage war, dass sich die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die Einführung von Recovery massiv verbessert habe. Die vermehrte Transparenz gegenüber den Patienten bedinge auch eine grössere Transparenz unter den Teammitgliedern, was zu viel mehr Wertschätzung untereinander geführt habe. Ausserdem fühlten sich die Teammitglieder nun durch das gemeinsame Setzen der Behandlungsziele gleichwertig, und durch ein konstantes Mitdenken werden Mitarbeiter mehr gefordert. Diese Faktoren sind laut Weinert (2004) wichtig für eine hohe Arbeitszufriedenheit.

Eine Einführung des Recovery-Konzepts scheint also nur schon in Bezug auf die bessere Zusammenarbeit Sinn zu machen. Allerdings muss dafür Bereitschaft im Team vorhanden sein, vor allem von der ärztlichen Leitung, da diese ihre Position an der Spitze der Hierarchie zumindest teilweise abgeben müsste.

4.4 Theorie - Praxis - Transfer

Die Resultate und Diskussionsinhalte wurden mit dem Leiter der Arbeitstherapie in Hinblick auf die Praxis der PUK oder anderen Kliniken diskutiert. Seine Aussagen lauten wie folgt:

Sozialer Aspekt: Um den sozialen Zusammenhalt unter den Patienten zu fördern könnten bestehende ergotherapeutische Gruppen, wie z. B. die Gruppen Interaktion und Freizeit oder Startklar mit einem Peer ergänzt werden, der mit der Gruppe Aktivitäten plane und bespreche. Dieser könnte den Patienten auf einer anderen kommunikativen Ebene begegnen und die Arbeit der Ergotherapeuten somit unterstützen und / oder ergänzen.

Das Dilemma zwischen zielgerichteter Einzeltherapie und Stärkung der sozialen Kompetenzen könne von der Gegenrichtung her angegangen werden, indem die Patienten dabei unterstützt würden, in ihrem sozialen Umfeld den Fokus auf die Betätigung zu leben, z. B. durch die gemeinsame Vorplanung von Ausflügen mit der Familie oder dem Partner. Beispielsweise könne ein Patient in Bezug auf seinen langgehegten Wunsch, wieder in einem Chor zu singen, in der Planung begleitet werden. Die Ergotherapie könne auch bei anderen Betätigungen als den ADL oder dem Handwerk anknüpfen. Wichtig sei die Aufrechterhaltung der Nähe zum Patienten in Bezug auf seine Ziele und Wünsche.

Rolle der Ergotherapie bei der Einführung von Recovery: Die Ergotherapie könne mit ihrem ergotherapeutischen Verständnis einen wertvollen Beitrag zur Haltung leisten, denn die verinnerlichte klientenzentrierte Haltung und das gemeinsame Entwickeln, Respektieren und Begleiten von Patientenzielen seien in der Ergotherapie schon seit längerem eine gelebte Kultur. Andere Berufsgruppen könnten von den Beispielen der Ergotherapeuten profitieren.

Die Einführung eines Recovery-orientierten Behandlungskonzepts verändere die interdisziplinäre Stationskultur. Es reiche nicht aus, nur die Besprechungskulturen nach dem Copy / Paste-Prinzip zu übernehmen, sondern die Entwicklung der neuen Haltung müsse schrittweise erfolgen um erfolgreich zu sein.

Steigerung der Qualität der interdisziplinären Arbeit: Da die einzelnen Berufsgruppen mehr voneinander wüssten, und mehr im Austausch seien, könnten Therapieziele gewinnbringend abgesprochen werden. Wenn z. B. jemand einem Schwimmclub beitreten wolle, könne der Sozialarbeiter abklären, wie die Mitgliedschaft finanzierbar wäre, und der Ergotherapeut eine Aktivitätsanalyse inklusive eines Wochenplans erstellen. Davon profitiere vor allem der Patient.

Voraussetzung sei, dass alle Berufsgruppen an den neu geschaffenen, interdisziplinären Gefässen teilnehmen könnten. Sonst bestehe die Gefahr, dass sich die Disziplinen, die nicht stationsbezogen arbeiten, wie z. B. an der PUK die Arbeitstherapie und die Physiotherapie, weniger involviert fühlten als früher (wenn es ihnen die Struktur verunmögliche, an allen Sitzungen teilzunehmen).

Rollenabgrenzung / Berufsprofil stärken: Die Ergotherapie solle sich weiterhin auf das betätigungsorientierte fokussieren und ihre berufsspezifische Rolle nicht vernachlässigen. Die Klärung von Schnittstellen könne die eigene Rolle stärken. Gerade bei einem Ergotherapeuten in der Psychiatrie, der teilweise immer noch als „Basteltherapeut“ missverstanden werde, sei es sehr positiv, wenn die lebensnahen Therapieinhalte transparenter seien fürs Team.

4.5 Einschränkungen der Studie

Die Arbeit basiert vor allem auf den Aussagen der beiden Interviewpartnerinnen und damit ihrer spezifischen, subjektiv erlebten Situation. Es können daraus keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden. Dafür müssten weitere Personen der PUK wie auch von anderen Kliniken befragt werden. Dabei sollte der Kontext dem der PUK ähneln in Bezug auf das therapeutische Angebot, die Stationsgrösse, den Kulturkreis etc. Auch verfügt die Autorin nur über begrenzte Erfahrung im Führen von semi-strukturierten Interviews und hat hiermit das erste Mal eine qualitative Studie durchgeführt. Geringfügige Fehlinterpretationen sind deshalb nicht auszuschliessen.

5. Schlussfolgerung

5.1 Schlussfolgerungen aus der Studie

Die Umsetzung des Recovery-orientierten Konzepts auf der psychiatrischen Akutstation ist möglich, mit gewissen Einschränkungen bei hochakuten Patienten.

Dasselbe gilt für die Umsetzung des betätigungsorientierten Konzepts in der akutpsychiatrischen Ergotherapie. Die Einführung von Recovery hat keine Veränderung der zeitgemässen ergotherapeutischen Arbeitsweise mit sich gebracht.

Die Grundhaltung sowie das Ziel der beiden Konzepte sind in hohem Masse konsistent. Unterschiede gibt es in der Zielerreichung. Während der Recovery-Ansatz hier wenig konkret bleibt, plädiert die Ergotherapie für die Einbindung des Patienten in für ihn sinn- und bedeutungsvolle Betätigungen. Was als kraftvoller Punkt des Recovery-Konzepts gilt, in der Ergotherapie aber wenig berücksichtigt wird, ist die soziale Unterstützung unter den Patienten. In Bezug auf diese zwei Punkte könnten die beiden Konzepte voneinander profitieren.

Bei der Einführung des Recovery-Konzepts auf anderen Stationen oder in anderen Kliniken hätte die Ergotherapie einiges beizutragen: einerseits eine starke theoretische Wissensbasis mit standardisierten Assessments rund um die Betätigung (Fisher, 2013), Prozessmodellen sowie einzigartigen Verfahren und Methoden (Krupa et al., 2009), und andererseits eine grosse praktische Erfahrung in der Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes und dem Alltagsbezug.

Die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit hat sich durch die Einführung des Recovery-Konzepts massiv verbessert. Die grössere Transparenz, und dadurch das gesteigerte Verständnis für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche, hat zu mehr Wertschätzung zwischen den Vertretern der unterschiedlichen Disziplinen geführt. Das Berufsprofil der Ergotherapie wurde dadurch gestärkt.

5.2 Offene Fragen

Die wichtigste offene Frage lautet, wie die Patienten die Veränderungen durch Recovery auf der Akutstation erleben. Ausserdem müssten Fachpersonen von weiteren Stationen und Kliniken, welche das Recovery-Konzept eingeführt haben, zu den Auswirkungen befragt werden, um die hier gemachten Aussagen breiter abzustützen. Es wäre z. B. spannend, herauszufinden, wie andere Kliniken bei der Einführung vorgegangen sind, um eine zuverlässigere Aussage darüber machen zu können, welche strukturellen und inhaltlichen Anpassungen wichtig sind, und ob sich die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit auch dort verbessert hat. Andere Fragen betreffen mögliche ergotherapeutische Förderungsmöglichkeiten der sozialen Unterstützung unter den Patienten.

5.3 Zukunftsaussichten und Barrieren

Gemäss dieser Studie kann das Recovery-Konzept zu einer Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, inklusive einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und einer Stärkung des Berufsprofils der Ergotherapie führen. Nur schon deswegen würde die Einführung Sinn machen, abgesehen von der ursprünglich angestrebten Verbesserung der Patientenzufriedenheit. Bedingung für ein Gelingen ist, dass das ganze Team, inklusive des Arztes, mit dem Konzept und seinen Konsequenzen, wie z. B. der Abflachung der Hierarchie, einverstanden ist.

Auch der Einbezug der Ergotherapie als Schlüsseldisziplin bei der Einführung des Recovery-Konzepts macht Sinn, da die Ergotherapie als Expertendisziplin für theoretische wie auch praktische Aspekte der Betätigung ein konkretes Mittel für die Intervention liefert. Dies könnte vor allem in frühen Stadien einer psychischen Erkrankung ein möglicher Zugang für den Therapeuten zum Patienten und für diesen zu sich selbst sein. Dann wenn der Patient noch nicht die für das Recovery-Konzept notwendige Selbstkompetenz entwickelt hat, zu benennen, was ihm gut tut.

Eine Möglichkeit, um den sozialen Zusammenhalt zwischen den Patienten zu fördern wären neue Therapieformen wie z. B das Einbringen von ergotherapeutischem Gedankengut in den Stationsalltag anstelle von Einzeltherapien, damit sich die Patienten vermehrt gemeinsam auf der Station betätigen. Dazu müsste jedoch die

ganze Struktur angepasst werden (z. B. müssten eine Küche, Waschmaschinen etc. zur Verfügung gestellt werden). Auch um den Einbezug von Peers zu gewährleisten müssten gewisse Aspekte abgeklärt werden, wie versicherungstechnische Fragen, oder ob eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen möglich wäre etc.

Gesamthaft gesehen scheint sich die Einführung von Recovery zu lohnen. Dadurch werden allerdings auch neue Fragen aufgeworfen.

6. Verzeichnisse

6.1 Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S. & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39, 101-114.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step-by-step guide*. New York: The Guilford Press.
- Bowersox, N. W., Lai, Z., & Kilbourne, A. M. (2012). Integrated care, recovery-consistent care features, and quality of life for patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 63(11), 1142-1145.
- Canadian Association of Occupational Therapists (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158.
- 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: Three Star Press.
- Fisher A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Haus, K. M. (2005). *Neuropsychologische Behandlung bei Erwachsenen*. Heidelberg: Springer.

- Ikiugu, M. N. (2007). *Psychosocial conceptual practice models in occupational therapy. Building adaptive capability*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-85.
- Kelly, M., Lamont, S. & Brunero, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 129-35.
- Knuf, A. (2006). *Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Konrad, A. (2009). Soziale Unterstützung. In B. Kubny-Lüke (Hrsg), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 186-192). Stuttgart: Thieme.
- Krupa, T., Fossey, E., Anthony, W. A., Brown, C. & Pitts, D. B. (2009). Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 155-161.
- Kubny-Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Lauber, C. & Rössler, W. (2004). Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 146-156). Berlin: Springer.
- Law, M., Polatajcow, H., Batiste, S. & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (S. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Lim, K. H., Morris, J. & Craik, C. (2007). Inpatients' perspectives of occupational therapy in acute mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(1), 22-32.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2). Heruntergeladen von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> am 15.03.2013
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mee, J., Sumsion, T. & Craik, C. (2004). Mental health clients confirm the value of occupation in building competence and self-identity. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 225-233.
- Miesen, M. (2004). *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schultz-Kirchner.

- Morse, J. M. & Richards, L. (2002). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Ochel, B. (2007). *Psychosen und Stress; Stressbewältigung in der beruflichen Rehabilitation*. Saarbrücken: VDM, Verlag Müller.
- Ramon, S., Healy, B. & Renouf, N. (2007). Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*. 53, 108-122.
- Reichel, K. (2002). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schultz Kirchner.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centred framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (S. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Romein, E. (2010). Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze. *Ergopraxis*, 3(10), 30-33.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (2013). Heruntergeladen von <http://www.admin.ch/ch/d/sr/210/index.html> am 15.03.2013
- Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: The American association of community psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Mental Health Journal*, 41, 757-774.
- Sumison, T. (1999). A study to determine a British occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 52-58.
- Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Watkins, P. N. (2009). *Recovery - wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker*. Bern: Huber.
- Weinert, A. B. (2004). *Organisations-und Personalpsychologie*. Weinheim: Beltz PVU.

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: CMOP aus Townsend (2002)..... 30

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen Occupation-centred, -based und -focused nach Fisher (2013)..... 6

Tabelle 2: Ergotherapeutischer Interventionsprozess laut dem OTIPM nach Fisher (2009).. 7

Tabelle 3: Vergleich Recovery- und betätigungsorientierter Ansatz. 8

Tabelle 4: Beispiel für Definition, Ankerbeispiel und Kodierregel einer Unterkategorie. 17

7. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Heidrun Becker bedanken, die es mir ermöglicht hat, erste Erfahrungen in der qualitativen Forschung zu sammeln. Die konstruktiven Beiträge waren willkommen.

Ein grosses Dankeschön geht an die an dieser Arbeit beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der PUK: An Albrecht Konrad für den Themenvorschlag, die Versorgung mit bereichernden Informationen und die spannenden Auskünfte, und an Christine Thornton und Maria Schütz für die Bereitschaft an der Interviewteilnahme und die offenen Gespräche. Ohne sie hätte diese Arbeit nicht durchgeführt werden können.

Und nicht zuletzt tausend Dank meinen Korrekturleserinnen und -lesern für die Beseitigung von Unklarheiten wie auch die hilfreichen Hinweise und Diskussionen.

8. Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.“

Zürich, 03.05.2013

Daniela Jenni

9. Anhang

9.1 Ergotherapeutische Intervention nach dem OTIPM

Prozess der ergotherapeutischen Intervention nach dem OTIPM von Fisher (2009).

1. Evaluation und Zielsetzung	<p>- Interview: Wie wirken sich die Kontextfaktoren des Klienten auf seine Betätigungsperformanz aus? Welche alltäglichen Fertigkeiten sieht der Patient als Stärken, welche als Schwächen in Bezug auf die Partizipation? Gemeinsames Festlegen, welche der Schwächen zuerst angegangen werden sollen.</p> <p>Laut Kubny-Lüke (2009) bietet sich für diesen Schritt in der Psychiatrie das COPM¹ an. Zusätzlich zur Anwendung können weitere Selbsteinschätzungsinstrumente wie das Occupational Self Assessment (OSA) oder das Occupational Questionnaire (OQ), sowie die Interessens- oder die Rollencheckliste als vertiefende Interviewbögen.</p> <p>- Evaluation der Qualität der Performanz. Gründe für die beobachteten Performanzprobleme?</p> <p>Bei diesem Schritt wird eine Qualitätsanalyse der Performanz oder eine Aktivitätsanalyse (mit Informationen zu Personen-, Körper- oder Umweltfaktoren) durchgeführt. Dies um herauszufinden, ob der Patient von der Ergotherapie profitieren kann. Mögliche standardisierte Erfassungsinstrumente für die Qualitätsanalyse sind das Assessment of Motor an Process Skills (AMPS), die Evaluation of Social Interaction (ESI) oder das Assessment der Communication and Interaction Skills (ACIS). Häufiger wird jedoch das Ausführen von Alltagsaktivitäten beobachtet und durch die Anwendung von nicht standardisierten Methoden und Clinical Reasoning darüber spekuliert, was der Grund sein könnte für die verminderte Performanzqualität. Andere Tests, die sich losgelöst vom Kontext nur auf Körperfaktoren beziehen, sind nicht vereinbar mit einer betätigungsorientierten Perspektive und sollten darum nicht verwendet werden.</p> <p>- Zielsetzung: Klientenzentriert und betätigungsorientiert.</p> <p>Fisher (2013) schreibt hierzu, dass wenn es dem Klienten nicht gelingen sollte, trotz Unterstützung des Ergotherapeuten betätigungsorientierte Ziele zu setzen, der Ergotherapeut den Patienten an andere Berufsgruppen weiterleiten sollte, welche dem Wunsch des Klienten eher entsprechen könnten.</p> <p>-> Es werden die vom Klienten selbst angegebenen Stärken und Schwächen in Bezug auf die Betätigungsperformanz, die Qualität der Performanz sowie die Ziele festgehalten.</p>
--------------------------------------	---

¹ Dieses halbstrukturierte Interview basiert auf der Selbsteinschätzung des Befragten. Der Interviewbogen umfasst die Betätigungsperformanzanliegen (Veränderungswünsche) des Klienten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.

2. Intervention	<p>- Vier Möglichkeiten: Kompensatorische, erzieherische, pädagogische und stärkende Massnahmen. Kompensatorische Massnahmen wären z. B. eine Stiftverdickung, erzieherische Massnahmen z. B. Informationen weitergeben zum Thema Gesundheit durch Betätigung, pädagogische Massnahmen das Training von Fertigkeiten, also z. B. in der Gruppe sein um die soziale Kompetenz zu trainieren und stärkende Massnahmen z. B. das Training von Körperfunktionen wie der Kraft. Beim letzten Punkt ist es laut Fisher allerdings fraglich, wie betätigungsorientiert dieser Ansatz ist, und wie viel er zur Verbesserung der Performanz beiträgt. -> Die passende Intervention wird durchgeführt.</p>
3. Reevaluation	<p>- Hat sich Betätigungsperformanz verbessert? Wurden die Ziele erreicht? Dieser Schritt kann beinhalten, dass eine weitere Performanzanalyse und / oder ein weiteres betätigungsorientiertes Interview durchgeführt wird, in welchem der Patient seine Zufriedenheit und seine Ansicht zur Zielerreichung kundgeben kann. -> Es wird festgehalten ob das Ziel erreicht wurde. Falls ja werden nächste Ziele definiert, falls nein besprochen ob weiter am selben Ziel gearbeitet werden soll (zurück zu Schritt eins oder zwei) oder die Ziele angepasst werden sollen.</p>

Literatur:

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: Three Star Press.

9.2 Stichwort-Tabelle

Aufzählung einiger der wichtigsten Keywords mit den dazugehörigen Synonymen, Ober- und Unterbegriffen sowie Schlagwörtern.

Stichwörter	Keywords	Synonyme, Ober- und Unterbegriffe	Schlagwörter
Recovery	Recovery	recovering, recuperation, repose, regeneration, psychological recovery, recreation	MeSH: Recovery, Recreation, Recreational Therapy AMED: Rehabilitation, Mental Disorders
Betätigungsorientiert	Occupation-centred, occupation-focused	occupation, activity, engagement, employment	MeSH: Occupation Orientated, Occupational Therapist Attitudes
Psychische Erkrankung	Mental disorder	mental defect, mental derangement, mental disease, mental disturbance, mental fatigue	MeSH: Mental Disorders, Chronic Mental Disorders, Attitude to Mental Illness AMED: Methods
Akutpsychiatrie	Acute psychiatry	urgent, acute treatment, mental hospital, psychiatric ward	MeSH: Acute Psychiatry, Acute Disease
Ergotherapie	Occupational Therapy	OT, therapy, therapist, occupation	MeSH: Occupational Therapy

9.3 Vollständiger Gesprächsleitfaden Ergotherapeutinnen PUK zu Recovery und Betätigungsorientierung

Einstieg

Im heutigen Gespräch werden wir zwei Hauptthemen nachgehen, einerseits dem Recovery-orientierten Behandlungskonzept in der Akutpsychiatrie, im Speziellen in Bezug auf die Ergotherapie, und zweitens dem betätigungsorientierten Konzept der Ergotherapie. Das Ziel ist, herauszufinden, ob die beiden Konzepte kompatibel sind, wo sie sich überschneiden, ergänzen oder aber auch ausschliessen.

Einstiegsfragen (Begriffsklärung Recovery und Betätigungsorientierung)

- Was bedeutet für Sie persönlich der Begriff Recovery zum heutigen Zeitpunkt?
- Was bedeutet für Sie der Begriff betätigungsorientierte Ergotherapie?

Arbeitsalltag

- Wie sieht ihre tägliche Arbeit aus, was machen sie konkret. Hat sich daran seit der Einführung des Recovery-Konzepts etwas verändert? Falls ja, was? Bitte konkretes Beispiel nennen.
 - Können Sie mir sagen wie konkrete Ziele gesetzt werden, wie über Massnahmen entschieden wird und wer Aktivitäten und Tätigkeiten vorschlägt? Was ist da anders im Gegensatz zu früher? Ein Beispiel? Finden auch Reevaluationen statt?
 - Welche Assessments benutzen Sie? Falls keine: Wie finden Sie heraus, welche Tätigkeit für den Patienten sinn- und bedeutungsvoll ist? Wird die Qualität seiner Performanz erhoben?

Professionelle Haltung

- Hat die Einführung von Recovery Ihre professionelle Haltung beeinflusst?
 - Inwiefern? Was machen sie jetzt anders in ihrem Arbeitsalltag?
 - Pflegen Sie heute einen anderen Umgang mit den Patienten? Versuchen Sie heute andere Aspekte in Bezug auf den Genesungsprozess der Patienten zu fördern als früher (z. B. Hoffnung, Selbstbefähigung, soziale Unterstützung durch Peers)?
 - Wer steuert Ihrer Meinung nach jetzt den Behandlungsprozess?

Akutstation

- Inwieweit können die Merkmale des Recovery Konzepts: Hoffnung, Wiedererlangung der eigenen Identität, einen Sinn im Leben finden und Empowerment (mit Selbsthilfe und Selbstverantwortung) auf einer Akutstation umgesetzt werden? Erleben Sie Widersprüche? Stossen Sie an Grenzen? Wo sind Möglichkeiten?
 - Können Sie ein konkretes Beispiel einer Situation nennen, in welcher die Umsetzung eines oder mehrerer dieser Merkmale nicht möglich war? Kam diese Situation öfters vor? Welche Merkmale waren es, die schwierig umzusetzen waren?
- Wie steht es aus mit der Umsetzung des betätigungsorientierten Konzepts? Denken Sie, dass durch die Ergotherapie etwas beigetragen wird zur Erlangung von Hoffnung, Selbsthilfe und Selbstverantwortung, Wiederherstellen von Routinen, das Lernen von neuen Fertigkeiten, Kompetenz, Produktivität, das Gefühl von Sinn und Zweck, Normalisierung, ein sicheres Umfeld, und ein Gefühl der sozialen Unterstützung und des sozialen Zusammenhaltes?
 - Wann gelingt es nicht, den Fokus auf die Betätigung zu richten? Wann werden andere Aspekte in der Therapie wichtig? Beispiele?

Kompatibilität betätigungs- und Recovery-orientiertes Konzept

- Gibt es Situationen, in welchen sie einen Konflikt zwischen dem betätigungsorientierten und dem Recovery-orientierten Behandlungskonzept erlebt haben? Können Sie ein konkretes Beispiel nennen?
 - Wie sieht es z. B. bei Situationen aus, in welchen an den Defiziten des Patienten gearbeitet wird (z. B. das Training sozialer Kompetenzen), denken Sie dies steht im Gegensatz zum Recovery-orientierten Konzept, bei welchem auf den Ressourcen aufgebaut wird? Wie denken Sie sind Cogpack oder andere Massnahmen, mit welchen z. B. einzelne Körperfaktoren trainiert werden, mit den beiden Konzepten vereinbar? Werden bestimmte Fertigkeiten trainiert? Und was ist, wenn der Patient der Meinung ist, was er im Moment braucht ist passive Entspannung und keine Tätigkeit?

Identifikation und Rolle

- Können Sie sich mit der Recovery-Haltung identifizieren? Wenn Ja/Nein – was gefällt Ihnen an der Recovery-Idee? /bzw. was nicht?
 - Denken Sie dass Sie als Ergotherapeutin auch früher schon mit einer Recovery-orientierten Haltung gearbeitet haben, da sich diese mit der betätigungsorientierten Haltung überschneidet? Beispiel?
- Können Sie sich mit der betätigungsorientierten Haltung identifizieren? Wenn Ja/Nein – was gefällt Ihnen daran? /bzw. was nicht?
- Hat die Einführung des neuen Konzepts Ihre Rolle als Therapeutin verändert? Falls ja, wie geht es Ihnen mit der veränderten Rolle? Wie gut fühlen Sie sich in ihrer Therapeutenrolle anerkannt und bestätigt?
 - Hat sich durch den Einsatz von „Peers“ etwas an ihrer Rolle geändert? Was halten sie davon? Fördert dies die gegenseitige soziale Unterstützung unter den Patienten?
 - Denken Sie dass sich ErgotherapeutInnen, durch die Ähnlichkeit zwischen dem Konzept der Betätigungsorientierung und dem Recovery-Konzept leichter mit der Einführung des Recovery-Konzepts tun als andere Disziplinen? Könnte die Ergotherapie deswegen eine führende / anleitende Rolle bezüglich der Einführung des Recovery-Konzepts einnehmen Ein konkretes Beispiel?

Abschluss

- Zum Abschluss haben Sie noch mal die Chance sich zum Thema zu äussern. Vielleicht möchten Sie noch etwas ergänzen?

9.4 Aufzeichnung und Transkription der Interviews im Detail

Für die Aufnahme der Interviews wurde ein Tonbandgerät verwendet. Die Tonqualität war gut, alle Worte und sonstigen sprachlichen Komponenten konnten klar verstanden werden. Die Tondatei wurde anschliessend vom WMA-Format in eine aif-Datei umgewandelt, um sie für das Transkriptionsprogramm f5 lesbar zu machen. Der grosse Vorteil von f5 ist die Option der Verlangsamung der Abspielgeschwindigkeit ohne Tonhöhenänderung. Ausserdem werden nach jedem Abschnitt automatisch Zeitmarken eingefügt, was vor allem im späteren Verlauf der Auswertung für die Orientierung wichtig ist.

Beim Transkribieren wurden die Regeln für die Erstellung eines einfachen Transkripts nach Dresing und Pehl (2011) [elektronische Version] befolgt. Sie argumentieren, dass ein detailliertes Transkript nach komplexen Regelsystemen nur dann nötig ist, wenn die anschliessenden Analysen nicht nur den semantischen Inhalt eines Gesprächs zum Thema haben. Bei diesem Interview liegt der Fokus jedoch auf dem Inhalt. Ausserdem wird durch das einfache Transkript laut Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008) die Sprache deutlich geglättet, und der Fokus auf den Inhalt des Redebeitrages gesetzt, was bei diesen Interviews das Ziel ist. Anschliessend ein Beispiel eines transkribierten Abschnittes gemäss den Regeln von Dresing et al. (2011).

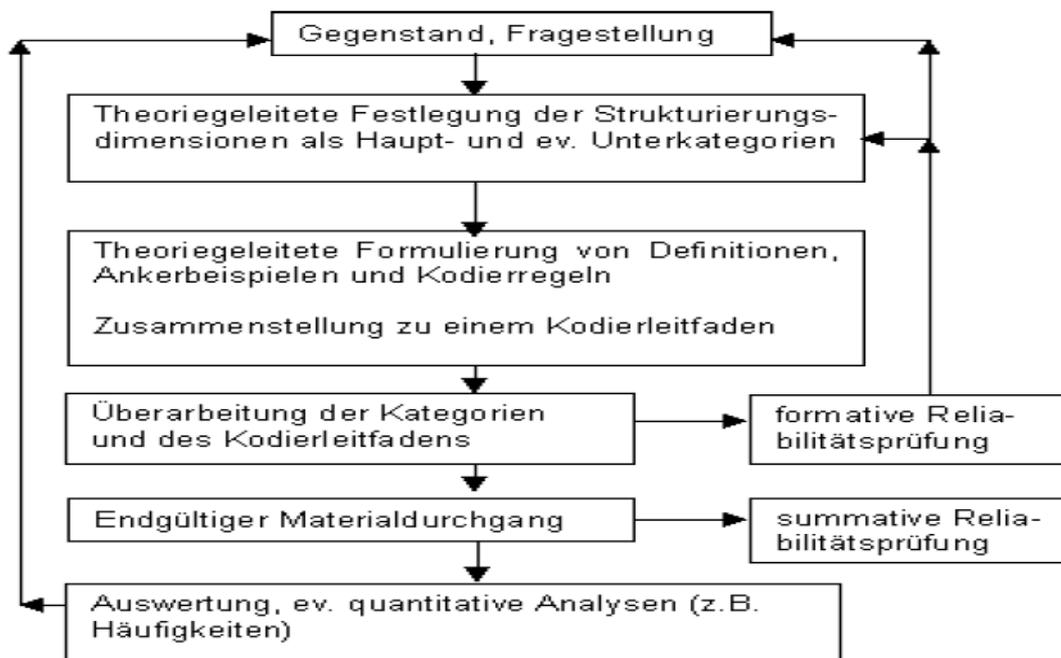
A: arbeitet gestalterisch, damit er die, oder nein das ist falsch, (.) also da wird es schwierig (..). Lernt eine Handwerkstechnik kennen, damit er nachher die Möglichkeit hat in einem Freizeitklub mitzuwirken. Oder als Teilnahme damit er nachher in einem Freizeitklub teilnehmen kann, wo ähnliche Aktivitäten angeboten werden. #00:11:35-9#

Das Transkript wurde mit dem Programm MAXQDA11 weiterbearbeitet.

Literatur:

- Dresing, T. & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. Heruntergeladen von www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf am 15.10.2012
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

9.5 Ablaufmodell deduktive Kategorienanwendung nach Mayring



Ablaufmodell der deduktiven Kategorienanwendung nach Mayring, 2000.

Literatur:

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2). Heruntergeladen von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs> am 15.03.2013

9.6 Zuordnung von Textbausteinen zu Kategorien

The screenshot displays the MAXQDA11 software interface. On the left, the 'Document System' window shows a file tree with 'Documents' (182) and 'Sets' (0). Below it, the 'Code System' window shows a hierarchical list of categories with their respective counts. The main window, 'Document Browser: Transkript_Interview_1_nach Korrektur für Verständlichkeit', shows a transcript with lines 37-42. The transcript text is as follows:

da dass der rote Faden in was gutem endet.

37 Interviewer: Also könnte man sagen dass Hoffnung, Identität und Sinn, dass ist eigentlich alles durch die Haltung förderbar?

38 A: Absolut.

39 Interviewer: Und eben Selbsthilfe und Selbstverantwortung je nachdem, je nachdem wie schwer betroffen, also wie der Zustand ist.

40 A: Korrekt. und das wär so wie das Ergebnis hier, Empowerment wär das Ergebnis.

41 A: also ich finde, Selbsthilfe und Selbstverantwortungas ist für mich die Ergotherapie. Also ich hab vielleicht auch ein spezielles Bild der Ergotherapie da ich in anderen Bereichen gearbeitet habe, in der Neurologie, in der Pädiatrie, in der Geriatrie. Das Thema Handwerk und stabilisieren, da find ich das muss man kritisch hinterfragen, was da Sinn macht und wann es Sinn macht. Meine persönliche Herangehensweise ist wirklich der Alltag. Ich habe aber auch schon in der Neurologie so gearbeitet. Ich hab die Menschen dort nicht auf die Bank gesetzt, sondern wir haben wirklich gemeinsam gewaschen, gekocht, und so weiter und so weiter. Das ist meine Grundprägung.

42 A: Wiederherstellen von Routinen, unterstreichen, wichtig. Das Lernen von neuen Fertigkeiten dann wichtig wenn z B jetzt mit

The code system on the left includes the following categories and counts:

- Umsetzung schwierig: 4
- Beispiel: 4
- Bedeutung Ergotherapie: 6
- Bedeutung Betaetigungs-orientierung: 3
- Eigene Rolle: 0
- Identifikation: 2
- Eigene Haltung: 2
- Kompetenz: 2
- Routinen herstellen: 2
- Hoffnung: 1
- Selbsthilfe und Selbstverantwortung: 2
- Soziale Unterstuetzung: 2
- Sicheres Umfeld: 2
- Normalisierung: 2
- Produktivitaet: 2
- Sinn und Zweck: 2
- Lernen von neuen Fertigkeiten: 2
- Praxis b_o: 21
- Umsetzung streng nach b_o fraglich: 4
- Umsetzung schwierig: 9
- Beispiel: 4
- Akutstation: 7
- Stationsrahmenbedingungen alt: 3
- Veraenderungen mit Recovery: 0
- Interdisziplinaere Arbeit: 5
- Stationsrahmenbedingungen n...: 9
- Eigene Haltung: 3
- Stimmung: 11
- Stimmung Station: 6
- Kompatibilitaet: 0
- Widersprueche: 1

Beispiel für die Zuordnung von Kategorien mit dem Programm MAXQDA11, 20.02.2013.

9.7 Codesystem mit Kategorien und Unterkategorien

Die ursprüngliche Einteilung konnte zum grössten Teil übernommen werden, mit den folgenden Ausnahmen:

- Die ursprüngliche Kategorie Klientenzentrierung musste nach mehreren Probedurchgängen gestrichen werden, da sie sich nicht klar abgrenzen liess.
- Der Punkt "Akutstation" mutierte von einer Unterkategorie von „Recovery Praxis“ zu einer Hauptkategorie, da viele Beiträgen zur Station, nicht nur im Zusammenhang mit Recovery, gemacht wurden.
- Neu aus dem Text entstanden ist die Unterkategorie "Transparenz" als Teil der Kategorie Recovery, welche in der Theorie zu Recovery noch nicht adressiert, jedoch von den Interviewpartnerinnen als zentraler Punkt genannt wurde. Diese Kategorie wurde also induktiv abgeleitet und im Nachhinein dazugefügt.
- Einige weitere geringfügige Anpassungen gab es bei den Unterkategorien.

Anschliessend die vollständige Liste mit den finalen Kategorien und Unterkategorien.

Finales Categoriesystem nach mehreren Probedurchgängen.

Kategorie \ Unterkategorie \ Unter-Unterkategorie
Akutstation
Akutstation\Stationsrahmenbedingungen alt
Akutstation\Stimmung Station
Akutstation\Veraenderungen mit Recovery\Eigene Haltung
Akutstation\Veraenderungen mit Recovery\Interdisziplinaere Arbeit
Akutstation\Veraenderungen mit Recovery\Stationsrahmenbedingungen nach Recovery
Akutstation\Veraenderungen mit Recovery\Stimmung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Eigene Rolle\Eigene Haltung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Eigene Rolle\Identifikation
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Hoffnung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Kompetenz
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Lernen von neuen Fertigkeiten
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Normalisierung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Produktivitaet

Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Routinen herstellen
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Selbsthilfe und Selbstverantwortung
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Sicheres Umfeld
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Sinn und Zweck
Bedeutung Betaetigungs-orientierung\Soziale Unterstuetzung
Bedeutung Ergotherapie
Bedeutung Recovery
Bedeutung Recovery\Eigene Rolle
Bedeutung Recovery\Eigene Rolle\Eigene Haltung
Bedeutung Recovery\Eigene Rolle\Identifikation
Bedeutung Recovery\Empowerment
Bedeutung Recovery\Hoffnung
Bedeutung Recovery\Identitaet
Bedeutung Recovery\Peers
Bedeutung Recovery\Rolle Ergo in Recovery Einfuehrung
Bedeutung Recovery\Sinn
Bedeutung Recovery\Transparenz NEU
Kompatibilitaet\Gemeinsamkeiten
Kompatibilitaet\Widersprueche
Praxis b_o
Praxis b_o\Beispiel
Praxis b_o\Umgesetzung schwierig
Praxis b_o\Umsetzung streng nach b_o fraglich
Praxis Recovery
Praxis Recovery\Beispiel
Praxis Recovery\Umgesetzung schwierig
Praxis Recovery\Umsetzung streng nach Recovery fraglich

9.8 Beispiel Zusammenfassung Unterkategorie

Zusammenfassung einer Unterkategorie am Beispiel "Akutstation".

Kategorie	Segment	Zusammenfassung
Akutstation	Auf der Station gibt es SEHR VIELE Wechsel. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer GLAUB ich liegt bei 26 Tagen. Und seit Oktober haben wir sehr schwer betroffene Menschen auf der Station die akut akut sind.	Akutstation: - SEHR viele Wechsel - sehr akute Patienten sind zum Teil nicht einsichtig
Akutstation	Sehr akute Patienten sind zum einen nicht einsichtig, drängen nach draussen, obwohl nicht indiziert, obwohl noch ein FU, früher FFE vorliegt. Auf der anderen Seite Patienten die sind recht lange da, das sind in Anführungszeichen die chronischen Menschen die sonst wenig Möglichkeit haben auf ein Zuhause in Anführungszeichen, wo man noch unklar ist wohin sie gehen können.	- bei z. B. eskalativem Verhalten Eingriff trotz Recovery um den Stationsrahmen zu sichern - längere Aufenthalte bei chronisch Kranken wo unklar ist wohin danach - Fittere werden heute eher ambulant behandelt
Akutstation	Schwierig in der Gruppe effektiv zu sein, weil der Level in der Gruppe variiert von GANZ schwach bis doch stärker. In der Gruppe sind teilweise Menschen die sind nicht gruppenfähig. Letzte Woche hatte ich zwei die strickten eine Reihe und dann waren sie wieder weg. Oder einen, der wollte unbedingt auch stricken, ist er aber so unruhig dass er im Zimmer drei mal um den Tisch läuft, während die anderen noch arbeiten. Ich schick ihn dann raus in den Flur damit er die anderen nicht tangiert. Das ist ein GANZ niederschwelliges Angebot, wo ich ehrlich sagen muss dass es teilweise mehr in Richtung Aktivierung geht.	- effektives Arbeiten in der Gruppe schwierig da der Level in der Gruppe stark variiert - Gruppe ganz niederschwelliges Angebot, geht teilweise mehr Richtung Aktivierung - maximale Umsetzung an Recovery orientierung für eine Akutstation
Akutstation	die Klientel hat sich in den letzten zwei Jahren und vor allem in unserem letzten halben Jahr doch deutlich nochmal verändert. Die Fitteren profitieren heute von dem Motto ambulant vor stationär, und deshalb begleiten wir oft Menschen die sonst wo nicht betreut werden.	- Akutbereich heisst andere Voraussetzungen von Einverständnis, Einsicht, eigene Behandlungsvorstellungen etc.

Akutstation	Und natürlich sind uns auch, wenn jetzt Menschen hier sind mit FU, Grenzen gesetzt mit Recovery. Auf der Akutstation. Wenn wir Menschen haben die extrem manisch sind, keine Grenzen auf der Station akzeptieren, oder z. B. hochpsychotisch sind, durch den Flur laufen, anderer Schlage, berühren, also wirklich ich meine es mit dem Schlagen nicht in Anführungszeichen, dann ist natürlich klar dass man da anders eingreift. Man muss den Stationsrahmen auch sichern, und es geht auch um deeskalatives Verhalten auf der Station.
Akutstation	Ja. Es ist noch am laufen, und ich denke, es kann nicht alles zu 100% umgesetzt werden, aber für eine Akutstation finde ich ist das Maximum was möglich ist erreicht.
Akutstation	Aber ich finde das ist noch so ein Punkt, der sicher auch einen Zusammenhang hat damit dass es jetzt der Akutbereich ist, weil das ist schon einmal eine andere Voraussetzung finde ich so von Einverständnis, Einsicht, eigene Behandlungsvorstellungen oder so.

10. Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 200

Wortzahl der Arbeit: 7948