

Die 10 Empfehlungen des amerikanischen Ergotherapie-Verbandes (American Occupational Therapy Association, AOTA)

1

Stellen Sie keine Interventionsaktivitäten bereit, die nicht zielgerichtet sind (z. B. Kegel, Stäbe, Motorikschleife, Armfahrrad).

Zielgerichtete Aktivitäten – Aufgaben, die Teil der täglichen Abläufe sind und Bedeutung, Relevanz und wahrgenommenen Nutzen aufweisen, wie Körperpflege, Haushaltsführung, Schule und Arbeit – sind eine zentrale Prämisse der Ergotherapie. Untersuchungen zeigen, dass zielgerichtete Aktivität (Beschäftigung) in Interventionen eine intrinsische Motivation für die Patient*innen darstellt. Solche Aktivitäten können Aufmerksamkeit, Ausdauer, motorische Performanz, Schmerztoleranz und Engagement steigern und so bessere Ergebnisse für die Patient*innen ermöglichen. Zielgerichtete Aktivitäten bauen auf der Fähigkeit einer Person auf und führen zum Erreichen persönlicher und funktionaler Zielsetzungen. Im Gegenteil dazu stimulieren nicht zielgerichtete Aktivitäten weder das Interesse noch die Motivation, was zu einer verminderten Mitwirkung der Patient*innen und suboptimalen Ergebnissen führt.

2

Stellen Sie keine sensorischen Interventionen für einzelne Kinder oder Jugendliche bereit, ohne dass dokumentierte Bewertungsergebnisse zu den Schwierigkeiten bei der Verarbeitung oder Aufnahme von Sinneseindrücken vorliegen.

Vielen Kindern und Jugendlichen fällt es schwer, Sinneswahrnehmungen zu verarbeiten und aufzunehmen, was ihre Fähigkeit zur Teilnahme an zielgerichteten und wertvollen Beschäftigungen beeinträchtigt. Die Verarbeitung und Aufnahme von Sinneswahrnehmungen ist ein komplexer Vorgang, der individualisierte Dysfunktionsmuster erzeugt, die in persönlich abgestimmter Weise zu behandeln sind. Interventionen, die nicht auf die dokumentierten Muster der Dysfunktion abzielen, können sich als wirkungslos oder negativ erweisen. Deshalb ist es unerlässlich, die spezifischen sensorischen Schwierigkeiten zu bewerten und zu dokumentieren, bevor sensorische Interventionen wie Ayres Sensory Integration® (SI), Gewichtswesten, Hörprogramme oder sensorische Diäten bereitgestellt werden.

3

Verwenden Sie keine physikalischen Therapiemittel, ohne zielgerichtete und auf Beschäftigung basierende Interventionsaktivitäten bereitzustellen.

Der ausschliessliche Einsatz von physikalischen Therapiemitteln (Physical Agent Modalities – PAM wie z. B. oberflächliche Wärmeeinwirkung, tiefenwirkende Wärmeanwendung, elektrotherapeutische Anwendung, mechanische Hilfsmittel) als therapeutische Intervention ohne direkte Anwendung auf die Beschäftigungsperformanz, wird nicht als Ergotherapie betrachtet. PAM zusammen mit einer funktionalen Komponente können zu positiveren Wirkungen für die Gesundheit führen. PAM sollten in ein breiteres Ergotherapieprogramm sowie in einen Interventionsplan integriert sein, als Vorbereitung oder Ergänzung für zielgerichtete Aktivitäten oder Interventionen, die letztlich das Engagement für die Beschäftigung erhöhen.

4

Nutzen Sie keine Seilzugapparate für Personen mit hemiplegischer Schulter.

Der Einsatz eines über Kopf positionierten Seilzugs für Personen mit, als Folge eines Schlaganfalls oder anderen Krankheitsbilds, hemiplegischer Schulter wird als zu aggressiv betrachtet und sollte vermieden werden, da er ein hohes Risiko bedingt, dass die betroffenen Patient*innen Schulterschmerzen entwickeln. Sanftere Übungen und Aktivitäten mit kontrolliertem Bewegungsradius sind zu bevorzugen.

5

Stellen Sie keine kognitiven Interventionen (z. B. Aufgaben mit Papier und Stift, Aufgaben am Tisch, Softwareprogramme für kognitives Training) ohne direkte Anwendung auf die Beschäftigungsperformanz bereit.

Um die Beschäftigungsperformanz zu verbessern, sollten kognitive Interventionen in eine für die Patient*innen relevante Beschäftigung eingebettet werden. Beispiele für kognitive Interventionen sind Achtsamkeitsansätze, Strategietraining, Aufgabentraining, Umgebungsveränderungen und assistive Technologie. Ein nicht auf Beschäftigungsperformanz basierender Einsatz von kognitiven Interventionen wird zu suboptimalen Ergebnissen für die Patient*innen führen.

6

Initiieren Sie keine ergotherapeutischen Interventionen, ohne das Beschäftigungsprofil der Klient*innen erstellt und gemeinsame Ziele festgelegt zu haben.

Eine gelungene Ergotherapie beruht auf dem Verständnis, das die Therapeut*innen für die Klient*innen entwickeln – in Bezug auf die Beschäftigungsvorgeschichte und die Erfahrungen, den Alltag, die Interessen, Werte und Bedürfnisse der Patient*innen – sowie auf einer aktiven Partnerschaft mit den Klient*innen und den Betreuungspersonen (z. B. Lebenspartner*in, Eltern, Betreuer*in), um darauf basierend sinnvolle Ziele zu

entwickeln. In der vierten Auflage des *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (OTPF-4) heisst es, «nur Klienten können die Beschäftigungen ermitteln, die ihrem Leben einen Sinn geben, und die Ziele und Prioritäten auswählen, die ihnen wichtig sind» (AOTA, 2020). Wenn die Klient*innen oder die Betreuungspersonen nicht an der Entwicklung des Profils und der Identifizierung von Zielen, Prioritäten und Ergebnissen beteiligt sind, können die Beschäftigungen möglicherweise nicht mit vollem Engagement durchgeführt werden.

7

Bieten Sie autistischen Personen keine Interventionen an, um «eingeschränkte und sich wiederholende Verhaltensmuster, Aktivitäten oder Interessen» zu reduzieren oder zu beseitigen, ohne die Bedeutung des Verhaltens für die Person sowie persönliche Faktoren und Faktoren aus ihrem Umfeld bewertet und verstanden zu haben.

Ergotherapeut*innen sollten personenzentrierte, stärkenbasierte Interventionen anbieten und sich für autistische Personen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene einsetzen, indem sie Informationen bereitstellen, mit denen Inklusivität und Zugehörigkeit gefördert und Stigmatisierung reduziert werden. Handlungen, die von der DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) als «eingeschränktes und sich wiederholendes Verhalten» angesehen werden, können als sinnvolle Aktivitäten zur Selbstregulierung, Kommunikation oder Selbstdarstellung dienen. Der Versuch, diese Verhaltensweisen ohne direkte Aufforderung des Individuums zu ändern oder zu beseitigen, ohne die zugrunde liegenden Bedeutungen zu verstehen und einzubeziehen, oder der Versuch, diese Verhaltensweisen durch andere Handlungen mit dem Ziel der Selbstregulierung zu ersetzen, führt häufig zur Tarnung (z. B. maskieren oder verbergen von Verhaltensweisen). Daraus können ein negatives Selbstbild, Depression und erhöhtes Suizidrisiko entstehen.

8

Verwenden Sie keine Reflexintegrationsprogramme für Personen mit verzögerten primären motorischen Reflexen, wenn es keine klare Verbindung zu ergotherapeutischen Ergebnissen gibt.

Interventionen, die ausschliesslich auf die Integration erhaltener Reflexe ausgerichtet sind, fördern die Beschäftigungsteilnahme nicht. Obwohl sie bei Klient*innen mit Schwierigkeiten bei der Beschäftigungsperformanz beobachtet werden können, ist das Vorhandensein von erhaltenen Reflexen nicht unbedingt mit einer funktionellen Beeinträchtigung gleichzusetzen. Wenn Reflexintegrationstechniken (d. h. Techniken zur Integration oder Hemmung von primären motorischen Reflexen, die über das typische Entwicklungsstadium der Integration hinaus erhalten bleiben) für die Intervention in Betracht gezogen werden, sind standardisierte Instrumente und Bewertungsansätze erforderlich, um die Beeinträchtigung mit der Beschäftigungsperformanz zu verbinden. Die Intervention sollte sich auf die Verbesserung der Beschäftigungsteilnahme und -performanz konzentrieren und nicht nur auf die Reflexintegration.

9

Verwenden Sie keine Schlingen für Personen mit einem hemiplegischen Arm, die den Arm für längere Zeit in einem Beugemuster platzieren.

Standardschulter-schlingen immobilisieren die obere Extremität in einem Beugemuster (d. h. eine Position der Ellenbogenbeugung, Schulteradduktion und Innenrotation). Die Verwendung einer Schlinge, die den hemiplegischen Arm einer Person für längere Zeit in dieser Position hält, erhöht das Risiko von Kontrakturen und Schmerzen und schränkt die aktive Nutzung der Extremität ein. Dadurch werden die Chancen für neuroplastische Veränderungen verringert, die eine organische Funktionssteigerung unterstützen würden. Klient*innen und Pflegepersonal sollten über die sichere Positionierung des hemiplegischen Arms während der Aktivität und im Ruhezustand aufgeklärt werden.

10

Bieten Sie keine Geh- oder Gangtrainingsinterventionen an, die nicht direkt mit der funktionellen Mobilität verbunden sind.

Die ergotherapeutische Praxis erfordert die Berücksichtigung von Kontextfaktoren, die die Fähigkeit einer Person beeinflussen, an sinnvollen Beschäftigungen teilzunehmen. Gangtraining und Gehinterventionen berücksichtigen nicht unbedingt den Kontext der Ausführung alltäglicher Aktivitäten. Wenn Ergotherapeut*innen die zugrunde liegenden Leistungsfähigkeiten für Gehen und Gang beurteilen und entsprechende Interventionen anwenden, müssen sie die funktionelle Mobilität unter Berücksichtigung des Kontextes einbeziehen, um effektive, evidenzbasierte Interventionen umzusetzen, die für den Einzelnen von Bedeutung sind.

