

L'occupation, concept central de l'ergothérapie

Sylvie Meyer L'approche occupationnelle n'a pas supplanté le modèle biomédical en ergothérapie en Suisse. Les ergothérapeutes ne connaissent pas toutes les caractéristiques du concept d'occupation, par exemple le fait, que les occupations sont partagées, existent en contexte et prennent sens dans celui-ci. Mieux le maîtriser consolide des interventions qui tiennent à la fois compte des problèmes occupationnels des clientes et des environnements, dans lesquels les interventions sont conduites, à l'hôpital en reconnaissant que la thérapie est une occupation, et hors de celui-ci en envisageant la communauté comme déterminante.

L'association suisse des ergothérapeutes met l'année 2018 sous le signe de l'occupation. L'occupation comme centre de l'ergothérapie n'est en effet pas un acquis pour tous ses membres. Pourtant Shannon (1977) dénonçait la dérive de l'ergothérapie il y a 40 ans déjà en s'offusquant de la place du modèle biomédical dans la pensée et les pratiques des ergothérapeutes. Dans ses standards minimaux de 2002, et a fortiori de 2016, la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) annonce clairement l'occupation comme concept directeur de la formation et de l'exercice professionnel. Pourquoi alors tant de retard et de difficultés? Deux raisons expliquant cette fort lente transformation sont développées dans ces lignes: la puissance du modèle biomédical et la difficulté à saisir la complexité du concept d'occupation. Finalement quelques pistes pour considérer les aspects occupationnels en thérapie sont proposées.

Le modèle biomédical

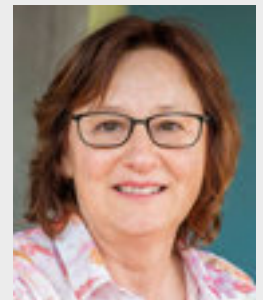
Une attitude positiviste et rationnelle est au cœur de la compréhension biomédicale en ergothérapie (Hocking, 2008). Par là, il faut entendre un intérêt pour la mise en évidence par l'observation ou par des instruments de collecte de données, de faits qui peuvent être objectivés, mesurés et quantifiés: la force, la qualité de la vie, l'indépendance... Mais aussi, le goût pour des explications causales ou déterministes: les incapacités dans la réalisation des activités sont les conséquences d'atteintes des fonctions corporelles. Ou encore des dispositions à agir du simple au complexe: d'abord réduire par des exercices spécifiques des fonctions corporelles physiques ou cognitives, isolément et hors de l'environnement ordinaire, puis les grouper dans des actions en contexte habituel. Tout cela correspond à l'emploi de la méthode scientifique en ergothérapie (Fleming & Mattingly, 1994) qui culmine avec la nécessité d'agir de manière scientifiquement fondée en se

basant sur des preuves qui appartiennent un peu à la science de l'occupation et largement à des disciplines de référence comme les neurosciences ou la psychologie (Hinojosa, 2013).

En pratique, les ergothérapeutes diront: «d'abord on rééduque puis on réadapte» ou «les patients en soins aigus sont trop atteints on ne peut pas employer des activités, il faut d'abord récupérer des mouvements». Cette rationalité est dominante dans les milieux hospitaliers parce que les patientes extraites de leur milieu de vie sont distribuées dans l'hôpital en fonction de leur atteinte organique principale pour laquelle les prestations spécifiques sont fournies par des spécialistes. Ce que pensent, éprouvent, décident, organisent ou font les patientes n'est que marginalement considéré. Il va de soi pour le personnel et les patientes que leur vraie vie est suspendue et qu'ils et elles sont aux bons soins d'expertes qui savent comment gérer leurs troubles. Les ergothérapeutes en soins aigus ou en réadaptation ne peuvent pas davantage s'affranchir de ce modèle dominant que les poissons ne peuvent quitter l'eau dans laquelle ils évoluent. Mais elles en perçoivent les limites, lorsque le paradigme contemporain de l'ergothérapie leur est familier sans toutefois être en mesure d'agir en conséquence. Souvent ils et elles se contentent d'ajouter une attention aux émotions de la personne cliente et de déployer une attitude empathique, considérant ainsi avoir une pratique «centrée sur le client.»

L'approche occupationnelle

Le paradigme contemporain de l'ergothérapie est fait d'un ensemble de valeurs et de concepts organisés dans divers cadres théoriques appartenant à l'ergothérapie et qui tous ont l'occupation comme concept central (Joosten, 2015), par exemple le modèle de l'occupation humaine (Taylor, 2017), le cadre conceptuel de



Sylvie Meyer

Ergothérapeute, MSc
Professeure associée,
Doyenne filière ergothérapie
Haute école de travail social
et de la santé | EESP | HES-SO
+41 21 651 62 57
sylvie.meyer@eesp.ch
(Image: Hugues Siegenthaler)

l'association américaine des ergothérapeutes (AOTA, 2014) ou celui du groupe terminologie de ENOTHE (Creek, 2010; Meyer, 2013). Dans le contexte du paradigme contemporain, l'occupation a fait l'objet de nombreux développements théoriques débouchant sur diverses définitions, par exemple compilées par Reed (2015) ou plus modestement et en français par Meyer (2013). L'analyse de ces définitions met en évidence les nombreuses caractéristiques de l'occupation.

Ainsi les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, usuellement ou inhabituellement, dans leur vie (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2013). Elles assurent, renforcent, limitent ou empêchent la survie, le bien-être et la santé. Elles occupent du temps et changent au fil du temps. Elles sont intentionnelles et captent l'attention. Elles organisent la vie et contribuent à la société. Leur réalisation demande des habiletés et des fonctions corporelles et les renforce, modifie les environnements et est influencée par ceux-ci. Ces caractéristiques occupationnelles lorsqu'elles sont prises en compte dans une intervention conduisent à explorer les occupations du ou de la cliente afin d'obtenir son profil occupationnel (Dubois, et al., 2017). Elles favorisent l'établissement de buts de traitement orientés vers des occupations de soins personnels, de travail ou des loisirs dans le contexte d'existence de la personne (Fischer, 2013). Elles montrent la possibilité d'organiser l'intervention en proposant des tâches concrètes qui exercent et renforcent des habiletés. Enfin elles aident les ergothérapeutes à reconnaître que leurs clientes sont les seules à pouvoir résoudre leurs propres problèmes occupationnels dans leurs conditions et leurs environnements de vie et les engagent à les soutenir dans cette démarche.

À l'opposé, ces caractéristiques invitent à se rendre compte que les exercices ou les tâches proposés dans les séances de thérapie ne réunissent généralement pas toutes ces qualités occupationnelles et ne sont en conséquence pas des occupations. Cependant, à condition d'admettre qu'une occupation est un groupe d'activités (Meyer 2013) et de distinguer les deux concepts (activité et occupation), les thérapeutes peuvent mener ce genre d'intervention en mobilisant le concept d'activité. Celles-ci dument choisies et proposées en thérapie concourent éventuellement aux occupations courantes de la personne cliente. Mais alors les liens qui donnent sens aux activités proposées en thérapie conformément à son profil occupationnel et aux buts visés doivent lui être soigneusement expliqués. Néanmoins ce sens serait

d'autant mieux perceptible si l'ergothérapeute se donnait la peine de recourir à des objets, des outils, des ustensiles courants et des tâches familières plutôt qu'à des exercices avec des gadgets spécialisés (Colaianni, et al., 2015).

Les occupations sont individuelles, interdépendantes, partagées et collectives (Kantartzis, 2017). La plupart des thérapies, alignées sur le modèle biomédical ou le financement des prestations par les assurances sociales, ne considèrent cependant que l'aspect individuel en visant l'indépendance, soit la réalisation sans l'aide d'un tiers des occupations de soins personnels ou instrumentales de la vie quotidienne ou encore de productivité ou de formation. Ces thérapies s'effectuent généralement en entraînant le client à accomplir des activités qui composent ses occupations et en fournissant les moyens techniques et les aménagements de l'environnement matériel qui les favorisent. Ajouter l'interdépendance, le partage et la collectivité conduit l'ergothérapie dans la vie familiale, dans la communauté, dans l'espace public, pas seulement comme environnements dans lesquels le handicap ou la maladie

vont être «pris en charge» par des ergothérapeutes et des proches aidants à conseiller, mais aussi comme scènes ou sont joués des rôles et vécues des vies qui partagent et co-crée des occupations. Ainsi conçues les occupations sont imbriquées dans des rôles sociaux, confèrent des identités sociales et personnelles, transmettent et fabriquent la culture. Elles correspondent à la formule de Wilcock «l'occupation c'est faire, être, devenir et appartenir» (Hitch, Pépin & Stagnitti, 2014). Elles prennent sens dans la transaction entre les personnes, le contexte et les événements; les ergothérapeutes ne sont au fond que les facilitatrices et des facilitateurs de ces expériences (Kuo, 2011).

Étendre les pratiques à la «vraie vie»

Une approche réellement occupationnelle au sens où elle considère l'ensemble des caractéristiques définissant l'occupation conduit les ergothérapeutes à s'engager dans le meso-niveau et à agir dans l'école, dans l'espace public, dans les milieux de travail, au domicile des gens (Kantartzis, 2017). Beaucoup d'ergothérapeutes le font déjà, mais souvent sous un angle plutôt technique: apprendre à voyager en transports publics, soutenir l'orientation temporelle d'une personne atteinte de démence, aménager une place de travail, équiper un écolier avec un ordinateur. Leur approche est rarement orientée vers l'ensemble des personnes concernées dans le contexte qu'elles partagent et dans lequel elles peuvent mener des actions

Ainsi les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, usuellement ou inhabituellement, dans leur vie

collectives qui débouchent sur des opportunités occupationnelles inattendues. Il faudrait oser davantage d'échanges d'informations, de réflexions conjointes, de partage de décision, de développement d'innovation avec les familles, les collaborateurs des entreprises, les élèves d'une école, les habitants d'un quartier, les organisations associatives et proposer moins d'actions directes qui fournissent des solutions à des difficultés occupationnelles qui ne sont pas forcément des problèmes. C'est de cette manière-là que l'ergothérapie devient plus sociale, vise la participation et contribue à une société plus inclusive, ce qu'appelle la WFOT dans ses standards minimaux de 2016. C'est complexe, compliqué et personne n'y est très bien préparé.

La littérature en ergothérapie envisage l'hôpital comme un lieu à part, hors de la vraie vie que mènent les gens et dans laquelle ils éprouvent des difficultés occupationnelles. Mais l'hôpital comme la rue, les entreprises, les magasins, les prisons ou les camps, est un lieu dans lequel des occupations se déploient avec toutes les caractéristiques exposées précédemment. Simplement ce ne sont pas les occupations habituelles des clientes. Chaque cliente joue un rôle de patient, objet de soins, et mène en ergothérapie l'occupation de «suivre une thérapie». Cette occupation est partagée avec d'autres clientes et l'ergothérapeute conduit une co-occupation en fournissant la thérapie. Le sens de l'intervention est co-construit par les divers protagonistes dans l'environnement du service d'ergothérapie avec son matériel, son agencement, ses règles explicites et implicites dans la subculture hospitalière (Fleming, 1994).

Si l'hôpital est un univers singulier avec des occupations particulières, alors les occupations ordinaires des gens avec le sens qu'elles ont pour eux n'y ont pas cours. Même si cuisiner est l'occupation favorite d'une personne, cuisiner en thérapie n'est pas cette occupation-là. Confectionner un plat en thérapie est simplement une activité d'entraînement en vue d'une occupation future, ou l'occasion de mesurer et de développer des habiletés. La personne cliente peut y trouver de l'intérêt et éprouver un grand plaisir à la réaliser comme thérapie ou comme détente ou comme expérience de socialisation. Elle peut aussi la rejeter estimant que ce n'est pas le lieu pour une telle activité.

À l'opposé, exercer des mouvements ou des préhensions avec des pions, voire réaliser des actions pas-

sives comme des massages ou des orthèses n'est pas vide de sens pour la cliente, notamment parce que dans ce monde insolite qu'est l'hôpital, des actions inhabituelles prennent, par exemple un sens scientifique valorisé. Par contre dans cette situation, la difficulté pour l'ergothérapeute est plutôt de distinguer sa prestation de celles d'autres spécialistes, notamment des physiothérapeutes et de donner cohérence à l'ensemble de ses pratiques pour permettre aux autres professionnelles d'identifier l'ergothérapie et de collaborer. L'ergothérapeute peut sans doute dépasser ce problème en organisant les interventions de façon à ce qu'elles requièrent au fil des séances de plus en plus de performances actives du ou de la client-e dans des tâches de plus en plus proches d'activités de sa vie courante future dans laquelle il ou elle redéploiera ensuite ses occupations.

Conclusion

Endosser une approche occupationnelle peut sembler ardu et vain. Ardu parce que le concept d'occupation n'est pas seulement considérer ce que font les gens dans leur vie comme moyen de traitement et le leur faire répéter en intervention, mais aller bien au-delà

en recourant aux cadres théoriques de la profession (Joosten, 2015). Une fois cet effort réalisé, l'ergothérapeute a des mots pour décrire sa pratique et la justifier rationnellement y compris en recourant également à des cadres de référence externes ou en s'appuyant sur des preuves scientifiques pour orienter les interventions (Hinojosa, 2013). Vain parce que cela ne servirait à rien puisque les pratiques biomédicales sont

bien adaptées au système de santé. Mais ce système évolue, notamment sous la pression des besoins de santé de la population vieillissante, atteintes de maladie chronique ou dans diverses situations de handicap. L'approche occupationnelle est assurément en adéquation avec ces évolutions et pour peu que les ergothérapeutes sachent l'expliquer, l'avenir de leur profession est radieux.

Références

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy framework: domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (supplement 1), S1-S48.
- Colaianni, D., Provident, I., DiBartola, L., & Wheeler, S. (2015). A phenomenology of occupation-based hand therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 62, 177-186.
- Creek, J. (2010). The core concepts of occupational therapy: a dynamic framework for practice. London : J. Kingsley.
- Dubois, B., et al. (2017). Guide de diagnostic en ergothérapie. Bruxelles: De Boeck.

La littérature en
ergothérapie envisage
l'hôpital comme un lieu à
part, hors de la vraie
vie que mènent les gens et
dans laquelle ils
éprouvent des difficultés
occupationnelles

- Fisher, A. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 20 (3), 162-173.
- Fleming, M. (1994). A commonsense practice in an uncommon world. In C. Mattingly & M. Fleming. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice* (pp 94-115). Philadelphia: F.A. Davis
- Fleming, M., & Mattingly, C. (1994). Action and Inquiry. In C. Mattingly & M. Fleming. *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice* (pp. 316-342). Philadelphia: F.A. Davis.
- Hinojosa, J. (2013). The Issue Is—The evidence-based paradox. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, e18–e23.
- Hitch, D., Pépin, G., & Stagnitti, K. (2014). In the footsteps of Wilcock, part one: The evolution of Doing, Being, Becoming, and Belonging. *Occupational Therapy in Health Care*, 28 (3), 231-246.
- Hocking, C. (2008) The way we were: the ascendance of rationalism. *British Journal of Occupational Therapy*, 71 (6), 226-233.
- Joosten A. (2015). Contemporary occupational therapy: Our occupational therapy models are essential to occupation centred practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 219–222.
- Kantartzis, S. (2017). Exploring occupation beyond the individual: Family and collective occupation. In D. Sakellariou & N. Pollard. *Occupational therapy without borders* (2nd ed., pp. 19-28). Edinburgh: Elsevier.
- Kuo, A. (2011). A Transactional View: Occupation as a means to create experiences that Matter. *Journal of Occupational Science*, 18(2),131-138.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De boeck.
- Reed, K. (2015). Key occupational therapy concepts used in the Person-Occupation Environment-Performance model. In C. Christiansen et al. (Eds.), *Occupational therapy : performance, participation, and well-being* (4th ed., pp. 565-648). Thorofare: Slack.
- Shannon, PD. (1977) The derailment of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 31 (4), 229-34.
- Taylor, R. (2017). *Kielhofner's model of occupation* (5th.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Federation of Occupational Therapists. (2016). *Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists* (revised 2016). WFOT.



IHRE CHANCE, UNSER RISIKO! WIR ERWEITERN IHRE PRAXIS

- mit Robotik-Therapie Geräten
- mit der Möglichkeit zur einmaligen Positionierung
- mit der Möglichkeit zur Differenzierung
- mit der Möglichkeit eines interessanten Zusatzeinkommens
- vollkommen ohne Risiko

**TYROTHERAPY
GET BETTER.
EVERY DAY.**

BEI INTERESSE KONTAKTIEREN SIE BITTE:

Christoph Hinz | Tyromotion GmbH
christoph.hinz@tyromotion.com
079 314 48 46

ANFORDERUNGEN:

40-50 m² freier Platz
Bereitschaft, robotik- und sensorbasierte Geräte in den Therapie-Alltag zu integrieren

tyromotion
www.tyromotion.com



Die Betätigung, das zentrale Konzept der Ergotherapie

Sylvie Meyer Der betätigungsorientierte Ansatz hat das biomedizinische Modell in der Ergotherapie in der Schweiz noch nicht abgelöst. Ergotherapeutinnen kennen oft nicht alle Merkmale des Betätigungskonzepts, vor allem, dass Betätigungen gemeinsam ausgeführt werden. Das in einem sozialen Kontext, der diesen erst Sinn verleiht. Bessere Konzept-Kenntnisse festigen Interventionen, die gleichzeitig die betätigungsbezogenen Probleme der Klientinnen und das Umfeld, in dem die Interventionen durchgeführt werden, berücksichtigen. Das heisst im Spital, dass Therapien als Betätigung anerkannt wird, ausserhalb, dass das soziale Umfeld der Klienten ausschlaggebend dafür ist.

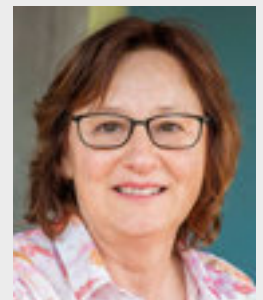
Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz hat das Jahr 2018 unter dem Zeichen der Betätigung begonnen. Die Betätigung als Kernkonzept der Ergotherapie ist nämlich nicht für alle Mitglieder eine Selbstverständlichkeit. Dabei hat Shannon (1977) das Abgleiten der Ergotherapie und den Stellenwert des biomedizinischen Modells im Denken und in der Praxis der Ergotherapeutinnen bereits vor 40 Jahren kritisch beleuchtet. Auch der Weltverband für Ergotherapie (WFOT) hat in seinen Mindeststandards von 2002 und noch deutlicher in jenen von 2016 die Betätigung als Leitbild für die Ausbildung und die Berufsausübung festgelegt. Warum also diese Verzögerung und diese Schwierigkeiten? In diesem Artikel werden zwei Gründe für eine derart langsame Transformation ausgeführt: die Macht des biomedizinischen Modells und die Schwierigkeit, das Betätigungskonzept in seiner ganzen Komplexität zu erfassen. Am Anschluss werden einige Wege für die bessere Einbeziehung von betätigungsorientierten Ansätzen in der Therapie aufgezeigt.

Das biomedizinische Modell

Im Zentrum des biomedizinischen Verständnisses der Ergotherapie steht eine positivistische und rationale Haltung. Darunter versteht man das Interesse, durch Beobachtung oder Datenerhebungsinstrumente Wissen und Fakten zu produzieren, die objektiviert, gemessen und quantifiziert werden können: die Kraft, die Lebensqualität, die Unabhängigkeit usw. Darunter fällt jedoch auch die Neigung zu kausalen oder deterministischen Erklärungen: Betätigungsbezogene Schwierigkeiten werden dabei als Folgen der eingeschränkten körperlichen Funktionen verstanden. Oder eben auch eine Herangehensweise, die im Kleinen ansetzt und erst dann den komplexeren Kontext miteinbezieht: Zuerst werden die körperlichen oder

kognitiven Funktionen, isoliert und ausserhalb des alltäglichen Umfelds, durch gezielte Übungen wiedererlernt und erst dann in die alltäglichen Betätigungen eingegliedert. Dies alles entspricht der Dominanz einer wissenschaftlichen Methode in der Ergotherapie (Fleming & Mattingly, 1994), welche eine wissenschaftlich begründete Praxis verlangt, die sich auf Beweise stützt, die zu einem Teil aus der Wissenschaft der Betätigung, grösstenteils jedoch aus Bezugsdisziplinen wie der Neurowissenschaft oder der Psychologie entstammen (Hinojosa, 2013).

Dies führt dazu, dass Ergotherapeutinnen in ihrer Berufspraxis Aussagen machen wie, «zuerst Reedukation, erst dann Rehabilitation» oder «Patienten in der Akutbehandlung sind zu sehr eingeschränkt für Betätigungen, zuerst müssen die Bewegungen wiederhergestellt werden». Eine solche Rationalität ist besonders im Spitalumfeld vorherrschend, da die Patientinnen dort ihrem Alltag entrissen und gemäss ihren hauptsächlich organischen Erkrankungen aufgegliedert sind, für welche sie spezifische Leistungen von Spezialistinnen erhalten. Dem, was die Patienten denken, erleben, organisieren oder machen, wird dabei nicht im Geringsten Rechnung getragen. Sowohl die Patientinnen als auch das Pflegepersonal gehen dabei meist selbstverständlich davon aus, dass ihr normales Leben ausgesetzt ist und sie in den Händen von Expertinnen, die sich ihren Problemen anzunehmen wissen, am besten aufgehoben sind. Ergotherapeutinnen in der Akutbehandlung oder der Rehabilitation können sich diesem dominanten Modell nur schlecht entgegensetzen, da auch sie ihr Handwerk in eben diesem Kontext erlernt haben. Sofern ihnen aber das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie bekannt ist, nehmen sie jedoch zumindest die Grenzen dieses Ansatzes wahr, auch wenn es ihnen vielleicht nicht möglich ist, entsprechend zu han-



Sylvie Meyer
Ergotherapeutin,
Assoziierte Professorin,
Dekanin der Ergotherapie
Hochschule für Soziale Arbeit
und Gesundheit
1010 Lausanne SCHWEIZ
+41 21 651 62 57
sylvie.meyer@eesp.ch

deln. Häufig begnügen sie sich dann damit, sich mehr auf die Emotionen der Person zu fokussieren und grundsätzlich mehr Empathie aufzuwenden, was dann als «klientenzentrierte Praxis» verkauft wird.

Der betätigungsorientierte Ansatz

Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie setzt sich aus einer Palette aus Werten und Konzepten aus den verschiedenen theoretischen Fachrichtungen der Ergotherapie zusammen, bei denen allen die Betätigung im Zentrum steht (Joosten, 2015), wie zum Beispiel das Model of Human Occupation (Modell der menschlichen Betätigung, Taylor, 2017), das Rahmenkonzept des amerikanischen Ergotherapeutinnen-Verbands (AOTA, 2014) oder jenes der Terminologie-Gruppe von ENOTHE (Creek, 2010; Meyer, 2013). Die Betätigung hat im Kontext des zeitgenössischen Paradigmas zu zahlreichen theoretischen Entwicklungen und daraus abgeleitet zu verschiedenen Definitionen geführt, die beispielsweise von Reed (2015) oder in bescheidenerem Rahmen und auf Französisch von Meyer (2013) zusammengestellt wurden. Die Analyse dieser Definitionen bringt die zahlreichen Merkmale der Betätigung ans Licht. So sind Betätigungen das, was Menschen in ihrem Leben tun sowie die Art und Weise, wie sie es üblicherweise oder gewohnheitsmässig tun (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2013). Sie ermöglichen, unterstützen, beeinträchtigen oder verunmöglichen das Überleben, das Wohlbefinden und die Gesundheit. Sie benötigen Zeit und verändern sich im Laufe der Zeit. Sie sind beabsichtigt und benötigen Aufmerksamkeit. Sie organisieren das Leben und leisten einen Beitrag an die Gesellschaft. Ihre Umsetzung setzt Abläufe und körperliche Funktionen voraus und übt diese ein, wirkt sich auf die eigene Umwelt aus und beeinflusst diese. Werden diese Merkmale der Betätigung bei einer ergotherapeutischen Intervention berücksichtigt, kann aufgrund der Betätigungen von Klientinnen deren Betätigungsprofil erstellt werden (Dubois, et al., 2017). Ein solcher Ansatz bevorzugt Behandlungsziele, die auf Betätigungen der Selbstversorgung, Arbeit oder Freizeit im individuellen Kontext der betroffenen Person abzielen (Fischer, 2013). Er zeigt die Möglichkeit auf, dass Interventionen konkrete Aufgaben zum Ziel haben können, welche helfen, Abläufe zu trainieren und zu vertiefen.

Schliesslich führt dieser Ansatz den Ergotherapeutinnen auch vor Augen, dass ihre Klienten die einzigen sind, die ihre eigenen betätigungsbezogenen Probleme in ihrer spezifischen Situation und ihrer Lebenswelt lösen können, und dass ergotherapeutische Fachpersonen sie dabei vor allem unterstützen können. Diese Merkmale machen uns aber auch bewusst, dass viele der Übungen oder Aufgaben, die in den Therapiesitzungen vorgeschlagen werden, oft

nicht alle betätigungsspezifischen Anforderungen erfüllen und daher nicht als Betätigung gewertet werden können. Indem jedoch eingeräumt wird, dass sich eine Betätigung aus einer Reihe von Aktivitäten zusammensetzt (Meyer 2013) und dass die zwei Konzepte (Aktivität und Betätigung) zu unterscheiden sind, können Therapeutinnen solche Interventionen durch die Mobilisierung des Konzepts der Aktivität dennoch geltend machen. Die in der Therapie ausgewählten Aktivitäten tragen allenfalls später zu den alltäglichen Betätigungen des Klienten bei. Dabei muss den betroffenen Personen der Zusammenhang zwischen den in der Therapie gemäss dem Betätigungsprofil vorgeschlagenen Aktivitäten und den anvisierten Zielen sorgfältig erklärt werden. Dieser Zusammenhang wird umso einfacher verständlich, je mehr sich die Ergotherapeutin die Mühe nimmt, alltägliche Objekte, Hilfsmittel und Gegenstände sowie bekannte Aufgaben in die Therapie einzubauen, anstatt spezialisierte Gadgets zu verwenden (Colaanni, et al., 2015).

Betätigungen sind individuell, interdependent, gemeinschaftlich und kollektiv (Kantartzis, 2017). Die meisten Therapien, die auf dem biomedizinischen Modell basieren oder von der Finanzierung durch die Sozialversicherungen abhängig sind, berücksichtigen hingegen nur den individuellen Aspekt und streben die Unabhängigkeit an, das heisst die Umsetzung von Betätigungen der Selbstversorgung oder des alltäglichen Lebens sowie der produktiven oder bildenden Betätigungen ohne Hilfe von Dritten. Diese Therapien basieren zumeist darauf, die Klientinnen beim Trainieren von Aktivitäten, die Betätigungen ausmachen, zu unterstützen, und ihnen die technischen Mittel und eine vorteilhafte Anpassung der materiellen Umwelt zur Verfügung zu stellen. Indem die Interdependenz, die Gemeinschaftlichkeit und die Kollektivität ebenfalls einbezogen werden, wird die Ergotherapie ins familiäre Umfeld, in die Gemeinschaft und den öffentlichen Raum hineingetragen. Sie findet also nicht einfach in einem Raum statt, in dem die Ergotherapeutinnen gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen die betroffenen Personen «versorgen», sondern im alltäglichen Leben mit seinen gelebten Erfahrungen und Rollen, in denen Betätigungen gemeinsam stattfinden und zu wieder neuen Betätigungen führen. In dieser Auffassung sind die Betätigungen fest in den sozialen Rollen verankert und vermitteln so soziale und persönliche Identitäten und durchdringen und verändern die Kultur. Somit entsprechen sie der Formulierung von Wilcock: «Betätigung bedeutet machen, sein, werden und dazugehören» (Hitch, Pépin & Stagnitti, 2014). Sie bekommen ihren Sinn im Austausch zwischen den Menschen, den Kontexten und den Ereignissen; Ergotherapeutinnen begünstigen im Grunde nur diese Erfahrungen (Kuo, 2011).

Einfügen der Praktiken ins «echte Leben»

Ein wahrhaft betätigungsorientierter Ansatz im Sinne der Beachtung aller die Betätigung definierenden Merkmale führt dazu, dass sich Ergotherapeutinnen auf der Mesoebene engagieren und in der Schule, im öffentlichen Raum, im Arbeitsumfeld und im Zuhause der Klienten aktiv sind (Kantartzis, 2017). Viele Ergotherapeutinnen tun das bereits heute, allerdings häufig unter einem eher technischen Blickwinkel: Erlernen des Reisens mit öffentlichen Transportmitteln, Unterstützung der zeitlichen Orientierung einer Person mit Demenzerkrankung, Anpassung eines Arbeitsplatzes, Ausrüstung eines Schülers mit einem Computer. Ihr Ansatz ist selten auf die Gesamtheit der im jeweiligen Kontext betroffenen Personen ausgerichtet, obwohl dieser Kontext als gemeinsame Grundlage für kollektive Aktivitäten dienen und damit ungeahnte betätigungsbezogene Möglichkeiten eröffnen könnte. Es sollte vermehrt auf Informationsaustausch, gemeinsame Reflexionen, gemeinsame Entscheidungsfindungen und Ideenentwicklung mit den Familien, den Mitarbeitenden, Mitstudierenden, den Quartierbewohnenden und Vereinen gesetzt werden, anstatt Eingriffe vorzuschlagen, die Lösungen für betätigungsspezifische Schwierigkeiten bieten sollen, die vielleicht gar keine eigentlichen Probleme darstellen. Die Ergotherapie wird dadurch sozialer, setzt mehr auf Partizipation und trägt zu einer integrativen Gesellschaft bei, wie das der WFOT in seinen Mindeststandards von 2016 fordert. Das ist eine komplexe, komplizierte Aufgabe, auf die niemand wirklich vorbereitet ist.

Die ergotherapeutische Fachliteratur sieht das Spital nur allzu häufig immer noch als Ort ausserhalb des echten Lebens der Klientinnen, in dem sie ihre betätigungsbezogenen Schwierigkeiten erleben. Das Spital ist aber genauso wie die Strasse, das Unternehmen, der Supermarkt, das Gefängnis oder das Camp ein Ort, in dem sich die Betätigungen in all ihren bereits zuvor erwähnten Merkmalen entfalten. Es sind ganz einfach nicht die üblichen Betätigungen der Klientinnen. Jede Klientin spielt eine Patientenrolle, ist somit also Pflegeobjekt, das in der Ergotherapie als Betätigung «eine Therapie befolgt». Diese Betätigung wird mit anderen Klientinnen geteilt und die Ergotherapeutinnen verfolgen eine Ko-Betätigung, indem sie die Therapie anbieten. Das Setting einer Intervention wird dabei von den verschiedenen Protagonisten im Umfeld des ergotherapeutischen Dienstes mit seiner Infrastruktur, seiner Raumeinrichtung und den expliziten und impliziten Regeln dieser spezifischen Spitalkultur mithergestellt (Fleming, 1994). Ist das Spital ein einzigartiges Universum mit spezifischen Betätigungen, haben die alltäglichen Betätigungen der Menschen und deren Wahrnehmung keinen Platz. Selbst wenn Kochen die Lieblingsbeschäftigung einer Klientin ist, dann ist das Kochen in der Therapie noch lange

nicht dieselbe Betätigung. Die Zubereitung eines Gerichtes in der Therapie ist nur eine Aktivität, die auf eine zukünftige Betätigung ausgerichtet ist, oder vielleicht eine Gelegenheit, um die Entwicklung der Abläufe zu messen. Der Klient kann in seiner Umsetzung als Teil der Therapie oder als Entspannung oder als soziale Aktivität ein grosses Interesse und Freude finden. Oder er kann sie ablehnen, da der Ort als unpassend für eine solche Aktivität wahrgenommen wird. Umgekehrt ist das Ausführen von Bewegungen oder Griffen mit Unterstützung oder die Anwendung von passiven Behandlungen, wie Massagen oder Orthesen, für die Klientinnen nicht ohne Sinn, da in der abgeschirmten Welt des Spitals ungewöhnliche Aktivitäten durchaus von wissenschaftlich anerkannter Bedeutung sein können. In solchen Situationen besteht die Schwierigkeit für Ergotherapeutinnen vor allem darin, ihre Leistungen von den Leistungen anderer Fachpersonen, insbesondere den Physiotherapeuten, zu unterscheiden, und der Gesamtheit der eingesetzten Praktiken eine Kohärenz zu verleihen, um der Ergotherapie damit ein klares Profil zu geben und die Zusammenarbeit zu erleichtern. Problemen kann entgegengewirkt werden, indem Interventionen so organisiert werden, dass im Laufe der Sitzungen immer mehr alltägliche Aktivitäten und dem Alltag der Klientinnen nahestehende Aufgaben zum Einsatz kommen, die den zukünftigen Betätigungen im Leben der Klienten möglichst ähnlich sind.

Schlussfolgerung

Das Verfolgen eines betätigungsorientierten Ansatzes kann mühselig und sinnlos erscheinen. Mühselig, da das Betätigungskonzept nicht einfach nur das, was Menschen in ihrem normalen Leben tun, in den Mittelpunkt stellt und mittels der Interventionen wiederholt, sondern mit Rückgriff auf den theoretischen Rahmen unseres Berufes weit darüber hinausgeht (Joosten, 2015). Wird dieser Aufwand jedoch einmal geleistet, dann stehen der Ergotherapeutin fortan Begriffe und Konzepte zur Verfügung, um ihre Praxis zu beschreiben und rational zu verteidigen und zum Beispiel auch auf externe Referenzsysteme Bezug zu nehmen oder wissenschaftliche Beweise zur Ausrichtung der Interventionen beizuziehen (Hinojosa, 2013). Sinnlos, da kein direkter Nutzen absehbar ist, da die biomedizinischen Praktiken gut in das Gesundheitswesen integriert sind. Aber dieses System ändert sich, insbesondere durch den Druck der Gesundheitsbedürfnisse einer alternden Bevölkerung und von Patienten mit chronischen Erkrankungen oder mit unterschiedlichsten Behinderungen. Der betätigungsorientierte Ansatz steht mit diesen Entwicklungen im Einklang, sofern ihn die Ergotherapeutinnen zu erklären wissen, sieht die Zukunft unseres Berufes rosig aus.

Literatur siehe Originaltext Seite 22