Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Institut
für Ergotherapie

Bachelorarbeit

Ergotherapeutische Gruppeninterventionen bei Menschen mit affektiven Störungen in der Akutpsychiatrie

Rahmenbedingungen, welche sich positiv auf die Partizipation und die Performanz auswirken

---

Jasmin Aeschlimann
Walkestrasse 8
3110 Münsingen
Matrikelnummer: S08256935

Departement:	**Gesundheit**
Institut:	**Institut für Ergotherapie**
Studienjahr:	**2008**
Eingereicht am:	**20.05.2011**
Betreuende Lehrperson:	**Almuth Späth, Ergotherapeutin MSc**

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract **4**

2. Vorwort **5**

2.1. Praxisthema 5

3. Einleitung **6**

3.1. Einführung in die Thematik 6

3.2. Problemstellung 6

3.2.1. Stand der Forschung und Eingrenzung des Themas 6

3.2.2. Zielsetzung 8

3.2.3. Fragestellung 8

3.3. Begriffserklärungen 9

3.3.2. Qualität in der Ergotherapie 9

3.3.3. Rahmenbedingungen 9

3.3.4. Partizipation 9

3.3.5. Performanz 9

3.3.6. Affektive Störungen 9

3.3.7. *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)* 10

4. Methodik **11**

4.1. Beschreibung der Literatursuche 11

4.2. Einschlusskriterien und Selektionsverfahren der Hauptliteratur 12

4.3. Methodisches Vorgehen in der Schreibarbeit 12

5. Ergebnisse aus Studien **14**

5.1. Ergebnisse der Studien nach den Kriterien der Fragestellung 14

5.1.1. Rahmenbedingungen 14

5.1.2. Was konkret durch die Rahmenbedingungen beeinflusst wird 17

6. Diskussion **18**

6.1. Kritische Bewertung der Literatur 18

6.1.1. Entsprechen die Studien aus ergotherapeutischer Sicht den Kriterien des *OTPF*? 18

6.1.2. Sind in den Stichproben affektive Störungen als Krankheitsbilder enthalten? 18

6.1.3 Wie gross sind die Stichproben und gibt es Angaben zur Redundanz? 19

6.1.4. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? 19

6.1.5. Wie wurden die Daten erhoben und ist diese Methode geeignet? 19

6.1.6. Datenanalyse (wurden Instrumente verwendet?) 20

6.1.7. Sind die Studien vertrauenswürdig? 20

6.1.8. Wurden in den Studien Limitationen angegeben? 20

6.2. Ergebnisse zusammengefasst und verknüpft mit den Qualitätsaspekten der Ergotherapie 21

6.2.1. Themen der Strukturqualität 21

6.2.2. Themen der Prozessqualität 22

6.2.3. Themen der Ergebnisqualität 24
6.3. Theorie-Praxis Transfer 25
6.3.1. Das *OTPF* und seine Gegenstandsbereiche 26
6.3.2. Ergebnisse verknüpft mit den Gegenstandsbereichen des *OTPF* 28
6.4. Konnte die Fragestellung beantwortet werden? 31
7. Schlussfolgerung 32
7.1. Weiterführende Forschung 32
7.2. Limitationen 33
8. Literaturverzeichnis 34
9. Abbildungsverzeichnis 39
10. Tabellenverzeichnis 40
11. Glossar 41
12. Abkürzungsverzeichnis 44
13. Eigenständigkeitserklärung 45
14. Danksagung 46
15. Anhang 47
A. Schlüsselworte Deutsch-Englisch 47
B. Tabellen kritische Beurteilung 48
B.1. Beispielsformular der Bewertung in Anlehnung an Law et al. (1998) 54
C. Beeinflusste Gegenstandsbereiche des *OTPF* aus Tabelle 8 59
C.1. Performanz in den Betätigungsbereichen 59
C.2. Performanzfertigkeiten 59
C.3. Performanz-Muster 60
C.4. Kontext 60
C.5. Klienten-Faktoren 60
D. Quellenverzeichnis des Anhangs 62

1. Abstract

Hintergrund: Bei mangelnder Partizipation[1] in akutpsychiatrischen Ergotherapiegruppen handelt es sich um ein weitverbreitetes Phänomen, welches die Qualität der Interventionen in Frage stellt.

Ziel: Ziel ist herauszufinden, welche Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Gruppeninterventionen sich aus der Sicht von Menschen mit affektiven Störungen positiv auf deren Partizipation und Performanz auswirken.

Methode: Durch Literaturrecherchen wurden Studien mit Klientenaussagen über Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Gruppen gesucht und eingeschlossen. Die Ergebnisse wurden mit dem den Qualitätsaspekten der Ergotherapie und mit dem *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)*[2] verknüpft.

Ergebnisse: In fünf Unterthemen kristallisierte sich Folgendes heraus: Die Verbesserung von Partizipation und Performanz geschieht, wenn sich Klienten[3] durch Aktivitäten angesprochen fühlen. Wichtig ist, den Alltagstransfer bedeutungsvoller Aktivitäten in die Behandlung einzubeziehen. Die Selbstständigkeit wird durch Übertragung von Wahl und Entscheidungsfreiheit unterstützt. Klienten profitieren in homogenen Gruppen mehr voneinander, da ihre Interessen ähnlich sind. Zudem sind der faire Behandlungsstil der Ergotherapeutin[4], die antiinstitutionelle Raumgestaltung und die zeitlichen Aspekte einer Gruppenintervention zu beachten.

Schlussfolgerung: Werden die Ergebnisse in die Praxis implementiert, kann dies einen positiven Einfluss auf die Partizipation und Performanz von Klienten mit affektiven Störungen haben. Auch können Qualität und Vorgehensweise in Gruppeninterventionen verbessert werden.

Keywords: *occupational therapy, acute psychiatry, affective disorder, group therapy, participation, performance*

---

[1] Für Definitionen von Fachbegriffen wird auf Punkt 3.3. und Punkt 11. verwiesen.
[2] Zum Verständnis von Abkürzungen wird auf Punkt 12. Verwiesen.
[3] Der Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.
[4] Der Lesbarkeit halber wird in dieser Arbeit die weibliche Form verwendet. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

2. Vorwort

2.1. Praxisthema

In dieser Arbeit wird auf eine Problemstellung eingegangen, welche aus der Praxis stammt und bei der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften zur Bearbeitung, im Rahmen einer Bachelorarbeit, eingegeben wurde. Die Ergotherapeutin, welche den Wunsch der Bearbeitung dieses Themas aufwarf, arbeitet auf einer kantonalen psychiatrischen Station. Bei der Klientel handelt es sich um Erwachsene im Akutstadium einer psychischen Krankheit (affektive Störungen). Die Ergotherapeutin möchte ihr Angebot und ihre Vorgehensweise bezüglich Gruppentherapien mit diesen Menschen überprüfen und allenfalls anpassen. Nebst der persönlichen Motivation, das Angebot zu prüfen, äusserte sie, dass der allgegenwärtige Spardruck nach hieb-und stichfesten Begründungen verlangt. Das heisst, es muss begründet werden, warum etwas in der Praxis *so und nicht anders* gehandhabt wird (z.B. diagnosespezifische Gruppenzusammensetzungen). Sie hat die Erfahrung gemacht, dass Argumentationen, welche ausschliesslich auf dem persönlichen Erfahrungshintergrund basieren, nicht genug Evidenz aufweisen und somit die beteiligten Akteure nicht überzeugen.

Wenn evidente Ergebnisse zur Gruppeninterventionsgestaltung vorliegen, können diese zur Argumentation bei den Protagonisten dienen. So kann begründet werden, was sich in Ergotherapiegruppen der Akutpsychiatrie positiv auf die Gesundheit der Klienten auswirkt. Kurz gesagt erhofft sich die Ergotherapeutin aus der Praxis, dass durch diese Arbeit die Argumentation (interdisziplinär und bei Kostenträgern) erleichtert wird und die Qualität von Ergotherapiegruppen der Akutpsychiatrie gesichert werden kann.

3. Einleitung

3.1. Einführung in die Thematik

Das Gruppensetting ist ein gängiges Ergotherapieangebot in heutigen Psychiatrien (Flotho, 2003). Laut Lagemann (2003) überwiegen Gruppenbehandlungen gegenüber Einzeltherapien. Da der Spardruck im Gesundheitswesen steigt, fordern Kostenträger und beteiligte Akteure, dass die Qualität von ergotherapeutischen Gruppeninterventionen in der Akutpsychiatrie gesichert wird (Reichel, 2007). Mit Messungen von Faktoren, welche sich durch eine Behandlung positiv (oder negativ) entwickeln, kann die Qualität von ergotherapeutischen Gruppeninterventionen aufgezeigt werden. Bei diesen Faktoren handelt es sich beispielsweise um die Partizipation und die Performanz der Klienten, welche in ergotherapeutischen Modellen beschrieben werden.

Eines dieser Modelle ist das *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)* der *American Occupational Therapy Association (AOTA*, 2008). Nach dem *OTPF* fokussieren sich Ergotherapeutinnen darauf, Klienten in bedeutungsvolle Alltagsaktivitäten einzubinden (Marotzki & Reichel, 2007). „Ergotherapeuten glauben, dass Partizipation (Teilhabe am Leben) unterstützt oder eingeschränkt werden kann durch die physische und soziale Umwelt und durch Einstellungen und gesetzliche Bedingungen der Umwelt „ (Götsch, 2007, S. 4).

Deshalb geht die Autorin davon aus, dass die Qualität von Gruppeninterventionen mit der Messung ergotherapeutischer Faktoren wie Partizipation und Performanz aufgezeigt werden kann, was zur Erleichterung der Qualitätsdarlegung bei den Protagonisten dient.

3.2. Problemstellung

In den folgenden Punkten wird die problematische Situation der Praxis beschrieben, welche zur Fragestellung dieser Bachelorarbeit hinführt.

3.2.1. Stand der Forschung und Eingrenzung des Themas

O’Donovan und Gijbles (2006; zit. nach O’Donovan & O’Mahony, 2009, S. 523) beschreiben akutpsychiatrische Kliniken als problembehaftet, da wenig therapeutische Behandlung angeboten wird. Auch aus der Sicht von befragten Ergotherapeutinnen sollte die Forschung im psychiatrischen Bereich den Fokus auf

Gruppeninterventionen richten (Fowler-Davis & Bannigan, 2000), weil dies ein gängiges Setting in der Akutpsychiatrie darstellt (Lagemann, 2003) und nur wenige Forschungsergebnisse in diesem Bereich vorliegen (Mitchell & Neish, 2007). Ausserdem wirken die Klienten in Gruppentherapien oft inaktiv und träg, da ihnen der Sinn der gewählten Therapieform nicht auf Anhieb klar ist (Gierig & Hülsewiesche, 2002). Bei dieser Problematik handelt es sich laut Jones und Crossley (2008; zit. nach Hutcheson, Ferguson, Nish & Gill, 2010, S. 121) um ein weitverbreitetes Phänomen. Diese Faktoren führten dazu, dass die Qualität von Behandlungen in der Akutpsychiatrie als inakzeptabel und teilweise als anti-therapeutisch bezeichnet wurde (Sainsbury, 1998; zit. nach Haley & McKay, 2004, S. 125). Fowler-Davis und Hyde (2002; zit. nach Bryant, Craik & McKay, 2004, S. 282) erkennen darin die Notwendigkeit, die Qualität durch die Publikation von ergotherapeutischer Forschung, in welcher Klienten involviert sind, zu optimieren. Laut Harth und Meyer (2002) werden heute oft Qualitätssicherungen zur Begründung der Wirksamkeit der Ergotherapie durchgeführt. Dabei erscheint es nach Eickstätt und Mager (2001; zit. nach Range, 2007, S.93) wichtig, die subjektive Wahrnehmung der Klienten in die Forschung einzubeziehen, wodurch der Klient als Experte in die Entwicklung eines Handlungskonzeptes einbezogen wird (Gierig et al., 2002). Die Forschung zur Sichtweise der Ergotherapie bei Klienten in akutpsychiatrischen Stationen ist jedoch sehr limitiert (Lim, Morris & Craik, 2007). Laut Haley et al. (2004) und Hutcheson et al. (2010) ist es notwendig, den Mangel an Partizipation der Klienten in Gruppenangeboten der Akutpsychiatrie zu untersuchen. Diese Notwendigkeit spiegelt sich in der Fragestellung wieder, indem unter anderem Rahmenbedingungen, welche die Partizipation fördern, gefunden werden sollen. Laut Anthony (2000; zit. nach Kelly, Lamont & Brunero, 2010, S. 129) entspricht es der Philosophie der Ergotherapie, dass sich der Gesundheitszustand von Menschen mit psychischen Krankheiten verbessern lässt und das Therapieangebot auf diesem Wissen aufbauen sollte. Der Gesundheitszustand wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die man genauer untersuchen muss, um deren Zusammenspiel vollumfänglich zu verstehen (O'Brien, Dyck, Caron & Mortenson, 2002) und somit eine qualitativ hochstehende Therapie anzubieten (Kelly et al., 2010). Die Autorin folgert, dass sich Faktoren wie der Gesundheitszustand, der Gemütszustand (Range, 2007), die Betätigung (Kelly et al., 2010), die Partizipation,

die Performanz (*AOTA*, 2008) und die Umwelt (O'Brien et al., 2002) gegenseitig beeinflussen. Zum Beispiel wirkt sich nach *AOTA* (2008) die Verbesserung des Gesundheitszustands positiv auf die Partizipation und die Performanz der Klienten aus. Laut *AOTA* (2008) stellen verbesserte Partizipation und Performanz ein Ziel der Ergotherapie dar und können somit als Ergebnisqualität (siehe Punkt 11.) angesehen werden. Es wird deutlich, dass die Ergebnisqualität beeinflusst werden kann, indem Ergotherapeutinnen verschiedene Rahmenbedingungen im Gruppensetting der Akutpsychiatrie beachten. Um herauszufinden, welche Rahmenbedingungen aus Sicht der Klienten als unterstützend erlebt werden, müssen die Strukturqualität und die Prozessqualität (siehe Punkt 11.) genauer analysiert werden (Craik, Austin, Chacksfield, Richards & Schell, 1998; zit. nach Bryant et al., 2004, S. 282; Fowler-Davis et al., 2002; zit. nach Bryant et al., 2004, S. 282). In dieser Arbeit wird der Fokus auf Rahmenbedingungen gelegt, die bei der Planung und Durchführung von ergotherapeutischen Gruppeninterventionen in der Akutpsychiatrie – aus Sicht der Klienten – relevant sind. Der Autorin ist bekannt, dass sich die Rahmenbedingungen nicht auf alle Krankheitsbilder gleich auswirken und daher wird hier der Fokus auf Klienten mit affektiven Störungen gerichtet.

3.2.2. Zielsetzung

Ziel der Autorin ist es, einen Beitrag zur evidenzbasierten Praxis in der Akutpsychiatrie zu leisten. Dies soll geschehen, indem Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, die sich positiv auf die Partizipation und Performanz von Menschen mit affektiven Störungen auswirken. Die Rahmenbedingungen werden mit den drei Typen von Qualitätsaspekten und einem Modell der Ergotherapie (*OTPF*) verknüpft und sollen somit eine Übertragung der Ergebnisse in die Praxis vereinfachen. Die Resultate dieser Arbeit können zudem als Erleichterung zur Qualitätsdarlegung von Gruppeninterventionen bei den Kostenträgern und Protagonisten dienen.

3.2.3. Fragestellung

Welche Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Gruppensettings in der Akutpsychiatrie erleben Klienten mit affektiven Störungen als unterstützend für ihre Partizipation und Performanz?

3.3. Begriffserklärungen

In folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Begrifflichkeiten bezogen auf die Fragestellung der Bachelorarbeit definiert. Konkretere Ausformulierungen und weitere zentrale Begriffe finden sich im Glossar unter Punkt 11.

3.3.2. Qualität in der Ergotherapie

„Um Qualität besser beschreiben und auch die Einflussmöglichkeiten besser erkennen zu können, ist es notwendig, die drei Aspekte von Qualität einzeln zu betrachten und zu analysieren.“ (Hucke & Gans, 2009, S. 13) Dazu gehören Strukturqualität (z.B. räumliche und materielle Rahmenbedingungen), Prozessqualität (z.B. Umsetzung, Mittel und Methoden) und Ergebnisqualität (z.B. Überprüfung von Zielen). (Hucke et al., 2009)

3.3.3. Rahmenbedingungen

Der Begriff „Rahmenbedingungen“ wird durch die Autorin in dieser Arbeit als Überbegriff für die verschiedenen Bestandteile der Strukturqualität und der Prozessqualität eingesetzt.

3.3.4. Partizipation

„Aus Sicht der Ergotherapie kann Partizipation als die Teilnahme an Alltagsbetätigungen bezeichnet werden. Partizipation ist das übergeordnete Ziel ergotherapeutischer Intervention.“ (Law, Dunn & Baum, 2005, S.107, übersetzt durch AG MoTheo, 2010, S. 260)

3.3.5. Performanz

„In der Ergotherapie ist mit *occupational performance* die Art und Weise gemeint, wie eine Person ihre Betätigungen aus- bzw. durchführt.“ (AG MoTheo, 2010, S. 256)

3.3.6. Affektive Störungen

„ […] Hauptsymptome [affektiver Störungen sind] Veränderungen der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung […]. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. […] Die meisten [von] dieser [Störung Betroffenen] neigen zu Rückfällen. Der

Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.“ (World Health Organisation, 2011)

3.3.7. Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)

Das *OTPF* ist ein ergotherapeutisches Modell, das den Arbeits- und Gegenstandsbereich der Ergotherapie beschreibt (*AOTA*, 2008). Das übergeordnete Ziel von Ergotherapeutinnen ist es, Menschen in für sie bedeutungsvolle Alltagsaktivitäten (Betätigung) einzubinden und somit deren Partizipation im jeweiligen Kontext zu verbessern (Reichel, 2005).

4. Methodik

4.1. Beschreibung der Literatursuche

Die Schlüsselworte *psychiatry, affective disorder, occupational therapy, participation, performance, group therapy, group process, group intervention, attitude, acute care, mental health, mentally ill, patient satisfaction, health, evaluation, intervention, outcome, quality, environment* und *method* wurden mit passenden Synonymen erweitert und mit entsprechenden Schlagwörtern ergänzt (siehe Anhang Punkt A.). Sowohl Schlagworte wie auch Schlüsselworte wurden bei der Suche berücksichtigt. Zur Suche wurden die Schlüsselworte in drei Prioritäten aufgeteilt (Tabelle 1) und mit den booleschen Operatoren *„AND“* und *„OR“* verknüpft. *„AND“* wurde eingesetzt, um die Schnittmenge einzugrenzen und *„OR“* bei Synonymen, um die Schnittmenge zu erweitern. Zuerst wurden ausschliesslich die Wörter der ersten Priorität miteinander verknüpft. Wenn die Suche über 50 Ergebnisse aufwies, wurde diese mit Wörtern aus der zweiten Priorität weiter eingegrenzt und wenn nötig (bei über 50 Treffer) noch aus der dritten.

Für die Literatursuche wurden die Datenbanken *PsycINFO*, *PSYNDEXplus Literature and Audiovisual Media* und *PSYNDEXplus tests* ausgewählt, welche psychiatrisch-psychologische Aspekte enthalten. Zusätzlich wurden die Datenbanken *AMED*, *CHINAL*, *Medline*, und *PubMed* einbezogen, deren Inhalte sich allgemein auf die Themen Gesundheit, Therapie und Psychiatrie beziehen.

Gesucht wurden in erster Linie englische oder deutsche Studien aus wissenschaftlichen Zeitschriften, welche in den Jahren 2000 bis 2010 publiziert wurden. Es wurde beachtet, dass die Übertragbarkeit auf die Schweiz gewährleistet ist. Darum wurde nur Literatur aus Ländern einbezogen, welche von der westlichen Kultur geprägt sind (Europa, Amerika und Australien). Um die Suche noch zu erweitern, wurden Literaturangaben in den Ergebnissen gelesen und somit weitere Literatur zum Thema gefunden. Die gesamte Suche ergab 62 Resultate.

Tabelle 1: Schlüsselworte

1. Priorität	2. Priorität	3. Priorität
psychiatry	*participation*	*Attitude*
affective disorder	*performance*	*acute care*
occupational therapy	*group therapy*	*mental health*
	group process	*mentally ill*
	group intervention	*patient satisfaction*
		Health
		Evaluation
		Intervention
		Outcome
		Quality
		Environment
		Method

4.2. Einschlusskriterien und Selektionsverfahren der Hauptliteratur

Aus den 62 Resultaten erschienen (anhand der Titel und der Abstracts) 36 als passend zur Fragestellung. Mit folgenden Kriterien wurde weiter selektioniert: 1. Die Studie beinhaltet Aspekte des ergotherapeutischen Gegenstandsbereichs (siehe Punkt 6.3.1. und B.1.); 2. Es handelt sich um Gruppentherapien; 3. Es handelt sich um akutpsychiatrische Phasen; 4. Affektive Störungen sind enthalten. Dies führte zu acht Ergebnissen, wobei es sich bei zwei um Artikel handelte. Die restlichen sechs qualitativen Studien wurden mit einem Formular in Anlehnung an das „Formular zur Beurteilung qualitativer Studien“ (Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch & Westmorland, 1998) auf ihren Inhalt und die Verlässlichkeit geprüft, bevor sie als Hauptstudien in dieser Bachelorarbeit eingeschlossen wurden. Die erwähnten zwei Artikel werden als Ergänzung in diese Arbeit einbezogen, jedoch nicht bewertet. Um den Bezug zur Ergotherapie zu unterstützen, wird ein ergotherapeutisches Modell (das *OTPF*) einbezogen. Auch weitere, nicht ergotherapeutische Studien werden im Diskussionsteil berücksichtigt, wenn der Autorin die Übertragung in das Arbeitsgebiet der Ergotherapie anhand der Gegenstandsbereiche des *OTPF* sinnvoll erscheint.

4.3. Methodisches Vorgehen in der Schreibarbeit

Die ausgewählten Studien wurden von der Autorin gelesen und auf die Fragestellung bezogene Ergebnisse notiert. Die Ergebnisse wurden in die Qualitätsaspekte

der Ergotherapie eingeordnet. Die Autorin schrieb die Ergebnisse auf Karteikarten und ordnete diese nach Inhalt und nach Qualitätsaspekt, bis sich Kategorien bildeten. Zu diesen Kategorien wurden passende Überbegriffe kreiert. Unter diesen Überbegriffen werden in dieser Arbeit die Ergebnisse aus den Studien in Form eines Literaturreviews zusammengefasst.
Die Unterordnung der Kategorien in die drei Qualitätsaspekte wird diskutiert und im Theorie-Praxis Transfer (Punkt 6.3.2.) tabellarisch in Verknüpfung mit den Gegenstandsbereichen des *OTPF* dargestellt. Zudem wird unter Punkt 6.3. kurz und übersichtlich aufgelistet, was Ergotherapeutinnen in der akutpsychiatrischen Praxis tun können, um die Qualität von Gruppen mit Klienten, welche an affektiven Störungen leiden, zu optimieren. Diese Praxisimplikationen werden mit Methoden und *Assessments* der Ergotherapie veranschaulicht.

5. Ergebnisse aus Studien

5.1. Ergebnisse der Studien nach den Kriterien der Fragestellung

In dieser Bachelorarbeit stellt sich die Frage, welche Rahmenbedingungen Klienten (mit affektiven Störungen) in Ergotherapiegruppen der Akutpsychiatrie als fördernd für ihre Partizipation und Performanz betrachten. Wie bereits unter Punkt 3.2.1. beschrieben, muss die Sichtweise der Klienten in die Forschung und Qualitätssicherung einbezogen werden (Eickstätt et al., 2001; zit. nach Range, 2007, S.93; Fowler-Davis et al., 2002; zit. nach Bryant et al., 2004, S. 282). Bei den hier dargestellten Resultaten handelt es sich um Rahmenbedingungen, welche Klienten in verschiedenen qualitativen Studien (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004; Bryant et al., 2004; O'Brien et al., 2002) als massgebend zur Verbesserung ihrer Partizipation und Performanz beschrieben haben. Die Rahmenbedingungen werden in Form von fünf Unterthemen dargestellt. Im letzten Absatz wird, ergänzend zur Beantwortung der Fragestellung, konkreter beschrieben, was sich bei den Klienten aufgrund dieser Rahmenbedingungen geändert hat.

5.1.1. Rahmenbedingungen

5.1.1.1. Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung

Klienten beschreiben den Inhalt von Ergotherapiegruppen als zentral, um die Motivation und Partizipation zu steigern. Es sollte sich um eine Aktivität oder ein Thema handeln, welche/s die Teilnehmer anspricht und bedeutungsvoll für sie ist (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004; Bryant et al., 2004). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Bildung (Psychoedukation) (Kelly et al., 2010; O'Donovan et al., 2009), Arbeit, Musik (Kelly et al., 2010) (auch Karaoke und Musik erkennen (Hutcheson et al., 2010)), Spazieren (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010), Handwerk (Hutcheson et al., 2010), Ferien und Beziehungen (Kelly et al., 2010) bei den Klienten beliebte Themen / Aktivitäten sind. Sehr geschätzt wurden auch Gruppen, die das Zubereiten und Essen von Mahlzeiten beinhalten. Dabei handelte es sich um die Gruppeninhalte Frühstücken, Mittagessen, Abendessen (Hutcheson et al., 2010) und Backen (Haley et al., 2004). In der Studie von O'Donovan et al. (2009) sind den Klienten zudem die Gruppenthemen

Selbstvertrauen und Entspannung wichtig. Weniger häufig besuchte Gruppen (unter 11 Teilnehmer) waren laut Hutcheson et al. (2010) unter anderem Tanzen, Kunst, Bowling, Töpfern und Badminton, wobei diese von den Teilnehmern nicht prinzipiell schlechter bewertet wurden (Hutcheson et al., 2010).

5.1.1.2. Alltagstransfer schaffen

Weniger oft erwähnt, aber dennoch zentral, ist die Übertragung der bedeutungsvollen Betätigung in den Alltag der Klienten (Bryant et al., 2004; Hutcheson et al., 2010). Dies sollte bereits während des Aufenthalts in der Psychiatrie geschehen (Hutcheson et al., 2010). Wenn die Klienten schon vor ihrer Entlassung darauf vorbereitet würden, in welchem Rahmen sie die Betätigung weiterführen können, würde dies eine klarere Strukturierung ihrer Zukunft bedeuten (Hutcheson et al., 2010). Die Zukunft der Klienten wird auch laut der Studie von Bryant et al. (2004) zu wenig in die Behandlung einbezogen.

5.1.1.3. Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten

Die Klienten erkannten und wertschätzten die Kombination von Unabhängigkeit und Unterstützung, um die Möglichkeit zu nutzen, im eigenen Leben Änderungen anzugehen (Bryant et al., 2004). In der Studie von Kelly et al. (2010) kristallisiert sich heraus, dass das Übernehmen von Verantwortung für die Klienten zentral ist, um den ersten Schritt in Richtung Gesundung zu machen. Dies beginnt mit dem Entscheiden, Initiative ergreifen und sich wieder aktiv betätigen (Kelly et al., 2010; Haley et al., 2004). Die Klienten empfinden es auch als wichtig, in die Ergotherapie einbezogen zu werden, ihre Ziele zu kennen und mitzubestimmen, was sich am Gruppenangebot ändern sollte (Haley et al., 2004). Das Treffen von Entscheidungen wurde gefördert, indem die Klienten selber bestimmten, was sie in der Backgruppe herstellen wollen und wie lange und wie oft sie an der Gruppe teilhaben (Haley et al., 2004). Auch ein frei wählbares Gruppenangebot ermöglichte den Klienten, sich für eine interessante und bedeutungsvolle Aktivität zu entscheiden (Hutcheson et al., 2010) und somit Verantwortung für sich und ihr Tun zu übernehmen. Um die Klienten bei der Wahl der Gruppe zu unterstützen, sollte die Kommunikation zwischen den Stationen und der Ergotherapie regelmässig stattfinden (Hutcheson et al., 2010). Dies wurde in der Studie von Hutcheson et al. (2010) durch ein wöchentliches E-Mail auf alle Stati-

onen mit angefügtem Aktivitätsplan der darauffolgenden Woche erreicht. Dieses Kommunikationsmedium wurde von allen Beteiligten als sehr nachhaltig bezeichnet (Hutcheson et al., 2010).

5.1.1.4. Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten

Nach O'Donovan et al. (2009) stellte sich heraus, dass die einzelnen Gruppenmitglieder mehr voneinander profitieren, wenn eine Gruppe bezüglich Krankheitsbilder (KHB) und Alter homogen ist, da somit die Probleme der Klienten oftmals ähnlich sind. Dies zeige sich, indem Diskussionsgruppen geschätzt werden, weil die Klienten sich mit anderen identifizieren können und lernen, mit welchen Strategien sich Gleichgesinnte zu helfen wissen. Durch diesen Austausch, der als gegenseitige Unterstützung erlebt wird, können die Klienten ihre Bewältigungsstrategien erweitern (Kelly et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Bryant et al., 2004; O'Brien et al., 2002).Nebst Gesprächen über gemeinsame Probleme wird laut der Studie von Haley et al. (2004) auch ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl erlebt, wenn die Möglichkeit besteht, über gemeinsame Interessen zu diskutieren.

5.1.1.5. Kontext - das „Drumherum" im Zentrum

Es hat sich gezeigt, dass die Motivation der Klienten erheblich vom Umfeld beeinflusst wird (Haley et al., 2004). Ein einladendes, ungezwungenes Umfeld empfanden die Klienten als förderlich, um zu partizipieren (Haley et al., 2004). Vorzugsweise wird die Gruppe nicht auf der Station durchgeführt (Haley et al., 2004), da das Umfeld dadurch weniger institutionell wirkt (O'Brien et al., 2002).Durch moderne Möblierung und Dekoration mit persönlichen Gegenständen oder Arbeiten der Klienten kann einem institutionellen Umfeld zusätzlich entgegengewirkt werden (O'Brien et al., 2002). Nebst dem räumlichen Faktor stellte sich heraus, dass der Tag und der Zeitpunkt, an dem die Gruppe stattfindet, für viele Klienten zentral ist (Haley et al., 2004). Laut Haley et al. (2004), bevorzugen Klienten mit affektiven Störungen, wenn die Gruppen am Nachmittag angeboten werden, da sie morgens oftmals Mühe haben, aus dem Bett zu kommen. Insbesondere werden die Gruppenangebote am Freitag geschätzt, da am Wochenende keine Ergotherapiegruppen stattfinden und dies für die Klienten oft die letzte Aktivität vor dem Wochenende darstellt (Haley et al., 2004). Bei der Durchführung einer Gruppenintervention wird der Kontext durch die

Ergotherapeutin erheblich mitgestaltet, indem sie das Mass der Auswahlmöglichkeiten definiert und allen Gruppenteilnehmern Raum lässt, um sich einzubringen (O'Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004). Dieser faire Behandlungsstil der Gruppenleitung wird auch in der Studie von O'Donovan et al. (2009) als massgebend für die Partizipation der Klienten beschrieben.

5.1.2. Was konkret durch die Rahmenbedingungen beeinflusst wird

Aus den Studien von Bryant et al. (2004), Haley et al. (2004), Hutcheson et al. (2010), Kelly et al. (2010), O'Brien et al. (2002) und O'Donovan et al. (2009) geht hervor, dass Klienten durch die beschriebenen Rahmenbedingungen beim Fällen von Entscheidungen unterstützt werden. Sie üben auch, Verantwortung zu übernehmen und Verpflichtungen einzugehen. Durch das Ausprobieren neuer Beschäftigungen, steigert sich ihre Partizipation in den Aktivitäten und ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten werden verbessert. Zudem lernen die Klienten, zu planen, sich zu organisieren und ihre Zeit einzuteilen. Nebst positiven Auswirkungen auf die Fertigkeiten, steigern die Rahmenbedingungen auch ihre Motivation und Freude. Abgelenkt zu werden, sich unterstützt, sicher und verstanden zu fühlen, sind laut den Klienten weitere positive Eigenschaften. Es lässt sich abschliessend sagen, dass sich die beschriebenen Rahmenbedingungen positiv auf das Wohlbefinden, das Selbstvertrauen und den Gemütszustand der Klienten auswirken.

6. Diskussion

Ziel vorliegender Arbeit ist es, durch Analyse und Verbesserung der Qualität von Gruppeninterventionen einen Beitrag zu evidenzbasierter Praxis in der Akutpsychiatrie zu leisten. Dazu wurden aus sechs qualitativen Studien Aussagen zu Rahmenbedingungen einbezogen, welche sich positiv auf Partizipation und Performanz von Klienten auswirken (Bryant et al., 2004; Haley et al., 2004; Hutcheson et al., 2010; Kelly et al., 2010; O'Brien et al., 2002; O'Donovan et al., 2009).

6.1. Kritische Bewertung der Literatur

Mit Hilfe eines Formulars, welches sich an jenes von Law et al. (1998) anlehnt, wurde der Inhalt der sechs Studien auf die Fragestellung bezogen kritisch bewertet. Ein solches Beispielexemplar findet sich im Anhang unter Punkt B.1. Anhand dieses Formulars konnten die Stärken und Schwächen der Studien herausgefiltert werden. Die wichtigsten Erkenntnisse werden in den folgenden Abschnitten nach kritisch bewerteten Unterthemen kurz beschrieben. Zusätzlich sind im Anhang unter Punkt B. studienspezifische Tabellen dargestellt, in denen die kritische Bewertung und die Relevanz für die Fragestellung angegeben sind. In diesen Tabellen wird auch das Ziel der jeweiligen Studien genannt.

6.1.1. Entsprechen die Studien aus ergotherapeutischer Sicht den Kriterien des OTPF?

Bei allen Studien werden Rahmenbedingungen beschrieben, welche sich in die Gegenstandsbereiche des *OTPF* einordnen lassen, oder deren Auswirkungen ins *OTPF* eingeordnet werden können (Bryant et al., 2004; Haley et al., 2004; Hutcheson et al., 2010; Kelly et al., 2010; O'Brien et al., 2002; O'Donovan et al., 2009).

Es handelt sich somit aus Sicht der Autorin in allen Studien um das Arbeitsgebiet der Ergotherapie, was ein Qualitätsmerkmal dieser Arbeit ausmacht.

6.1.2. Sind in den Stichproben affektive Störungen als Krankheitsbilder enthalten?

In den Studien von O'Donovan et al. (2009) und O'Brien et al. (2002) werden die Krankheitsbilder der Teilnehmer beschrieben und unter anderem sind Menschen mit affektiven Störungen vertreten. In den Studien von Kelly et al.

(2010) und Bryant et al. (2004) gibt es keine Angaben zu den vertretenen Krankheitsbildern, beim Lesen stellt sich jedoch heraus, dass affektive Störungen in der Stichprobe enthalten sind. Bei den Studien von Hutcheson et al. (2010) und Haley et al. (2005) finden sich keine ausführlichen Informationen zu den Krankheitsbildern, lediglich der Bereich der Akutpsychiatrie wird erwähnt.

Wie aus dieser Beurteilung zu entnehmen ist, handelt es sich bei den vertretenen Krankheitsbildern der Teilnehmer nicht ausschliesslich um affektive Störungen, wodurch das Resultat dieser Bachelorarbeit verfälscht sein könnte.

6.1.3 Wie gross sind die Stichproben und gibt es Angaben zur Redundanz?

Bei den Studien von Hutcheson et al. (2010) (63 TN) und Bryant et al. (2004) (39 TN) fällt die Stichprobe gross aus für eine qualitative Studie. In diesen Studien wird jedoch keine Angabe zur Redundanz gemacht, was die Aussagekraft wiederrum einschränkt. In der Studie von O'Donovan et al. (2009) handelt es sich um eine eher kleine Stichprobe von acht Teilnehmern, wobei diese sehr aussagekräftig ist, da hier die Redundanz nach acht Befragungen erreicht wurde. In den Studien von Kelly et al. (2010) (5 TN), Haley et al. (2005) (3 TN) und O'Brien et al. (2002) (12 TN) sind wiederum nur kleine Stichproben enthalten und es werden keine Angaben zur Redundanz gemacht.

Trotz verschiedener Stichprobengrössen und Angaben zur Redundanz, wurden in allen sechs Studien ähnliche Themen identifiziert, was die Autorin darauf schliessen lässt, dass die Ergebnisse dennoch aussagekräftig sind.

6.1.4. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?

Bei allen Studien (Bryant et al., 2004; Haley et al., 2004; Kelly et al., 2010; O'Brien et al., 2002; O'Donovan et al., 2009) ausser der Studie von Hutcheson et al. (2010) wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt, was die Qualität der Studien auszeichnet.

6.1.5. Wie wurden die Daten erhoben und ist diese Methode geeignet?

Zur Datenerhebung wurden vorwiegend Interviews verwendet (Haley et al., 2004; Hutcheson et al., 2010; Kelly et al., 2010; O'Brien et al., 2002;

O’Donovan et al., 2009). Es wurden jedoch auch Fragebogen (Hutcheson et al., 2010) eingesetzt und Fokusgruppen durchgeführt (Bryant et al., 2004). Die beschriebenen Methoden der Datenerhebung beurteilt die Autorin als passend für qualitative Studien und die jeweiligen Forschungsfragen.

6.1.6. Datenanalyse (wurden Instrumente verwendet?)

Die Studien von Bryant et al. (2004), Haley et al. (2004), Kelly et al. (2010) und O’Donovan et al. (2009) enthalten Angaben zur Datenanalyse und zu den verwendeten Methoden. Die Resultate dieser Studien wurden systematisch analysiert, wodurch sich deren Aussagekraft erhöht. In der Studie von O’Brien et al. (2002) hat keine systematische Datenanalyse stattgefunden, wobei es sich hier um drei Fallbeispiele handelt, welche nach Ansicht der Autorin keinen Datenvergleich erfordern. Anders sieht es die Autorin in der Studie von Hutcheson et al. (2010), in der das Vorgehen der Datenerhebung sehr ausführlich beschrieben wird, deren Auswertung jedoch nicht genau erklärt wird und somit Raum für Interpretationen lässt.

6.1.7. Sind die Studien vertrauenswürdig?

In den Studien von Kelly et al. (2010) und Hutcheson et al. (2010) werden präzise Angaben gemacht zu den Forschern sowie zu den verwendeten Quellen, Methoden und Theorien, was die Verlässlichkeit der Studien erhöht. In den Studien von O’Donovan et al. (2009), Haley et al. (2005), Bryant et al. (2004) und O’Brien et al. (2002) hingegen werden nicht zu allen Punkten klare Informationen gegeben, was zu einem Mangel vollständiger Vertrauenswürdigkeit führt.

Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass nur wenige Punkte nicht genau beschrieben wurden und die Autorin die Studien dennoch als vertrauenswürdig erachtet.

6.1.8. Wurden in den Studien Limitationen angegeben?

Bei allen Studien (Bryant et al., 2004; Haley et al., 2004; Hutcheson et al., 2010; O’Donovan et al., 2009) ausser der Studien von Kelly et al. (2010) und O’Brien et al. (2002) wurden die Limitationen angegeben. Durch die Angabe von Limitationen scheinen die Studien aussagekräftig und Fehler werden klar

deklariert, was der Autorin dieser Bachelorarbeit bei der Analyse der Resultate geholfen hat.

Allgemein lässt sich sagen, dass aufgrund der beschriebenen Schwächen zu beachten ist, dass die verwendeten Studien eine relativ niedrige Evidenz aufweisen und daher die Resultate in dieser Arbeit nicht als vollumfänglich und uneingeschränkt zu betrachten sind.

6.2. Ergebnisse zusammengefasst und verknüpft mit den Qualitätsaspekten der Ergotherapie

Wie bereits unter Punkt 3.2.2. erwähnt, möchte die Autorin einen Beitrag zur evidenzbasierten Praxis in der Akutpsychiatrie leisten und die Qualitätsdarlegung von Gruppeninterventionen bei den Kostenträgern und Protagonisten vereinfachen. Um die Qualität von Gruppeninterventionen zu verbessern, scheint es sinnvoll, die beschriebenen Unterthemen aus Punkt 5.1. in die Qualitätsaspekte der Ergotherapie einzuordnen.

Auf den folgenden Seiten werden die Überlegungen der Autorin zur Einordnung der Rahmenbedingungen dargestellt und die Ergebnisse durch weitere Literatur ergänzt.

6.2.1. Themen der Strukturqualität

Einzig der Kontext (beschrieben unter Punkt 5.1.1.5.) sagt etwas über die Strukturqualität aus. Es handelt sich um die Aspekte Raum und dessen Gestaltung, wie auch um personelle Faktoren wie der Behandlungsstil der Ergotherapeutin. Die Raumgestaltung und der Behandlungsstil werden auch in der Studie von Sundsteigen, Eklund und Dahlin-Ivanoff (2009) als relevant beschrieben. Der Autorin ist es bei diesem Thema sehr schwer gefallen, eine eindeutige Zuordnung in einen Qualitätsbereich zu machen. Laut Hucke et al. (2009) zählen auch der Raum und die personellen Faktoren zur Strukturqualität. Der Behandlungsstil der Ergotherapeutin könnte jedoch auch im Sinne eines Handlungsvorgangs (Hucke et al., 2009) in die Prozessqualität eingeordnet werden. Da die Klienten den Raum und den Behandlungsstil eng miteinander verbinden und die Kombination der beiden Aspekte für sie wesentlich zur Atmosphäre beiträgt, schien es der Autorin passender, beide Bereiche in die Strukturqualität einzuordnen.

6.2.2. Themen der Prozessqualität

Eine klientenzentrierte Vorgehensweise durch den Einsatz bedeutungsvoller Betätigungen (wie unter Punkt 5.1.1.1. beschrieben) ordnet die Autorin der Prozessqualität zu. Es handelt sich bei den beschriebenen Aktivitäten um eingesetzte Mittel. Die begründete Wahl von Mitteln gilt laut Hucke et al. (2009) als Teil der Prozessqualität. In der Ergotherapie steht der Klient im Zentrum (Flotho, 2007) und je nach Gruppenzusammensetzung und Krankheitsbild, sind es ähnliche Aktivitäten, welche die Klienten interessieren oder nicht. Da in den Studien von Bryant et al. (2004), Kelly et al. (2010), O'Brien et al. (2002) und O'Donovan et al. (2009) Klienten mit affektiven Störungen vertreten waren, geht die Autorin davon aus, dass sich die mehrfach beschriebenen Aktivitäten positiv auf die Partizipation und Performanz von Menschen mit affektiven Störungen auswirken und eine Bedeutung für sie haben. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich bei den Studienteilnehmern nicht ausschliesslich um Menschen mit affektiven Störungen handelte und dieser induktive Schluss dadurch kritisch zu betrachten ist. Allgemein ist es wichtig, die Wahl der Aktivitäten der Klientel anzupassen, um dessen Performanz und Partizipation zu steigern (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004; Bryant et al., 2004). Demgegenüber steht für Mitchell et al. (2007) die Klientenzentriertheit nicht im Mittelpunkt, denn sie gehen davon aus, dass beispielsweise Kunstaktivitäten nicht für jedermann bedeutungsvoll sind und diese dennoch ein gutes Mittel darstellen, da bereits jeder Mensch einmal im Leben Erfahrungen mit Kunst gesammelt hat. Durch diese Erfahrungen sind Klienten laut Mitchell et al. (2007) gewillter, wieder auf diese bereits vertraute Aktivität einzusteigen und ihre Partizipation und Performanz dadurch genauso positiv beeinflusst werden, wie durch für die Klienten bedeutungsvolle Tätigkeiten. Die Ergebnisse von Mitchell et al. (2007) werden von weiteren Autoren nicht gestützt. Di Bona (2004) und Lim et al. (2007) führen in Übereinstimmung mit der Hauptliteratur auf, dass Klienten insbesondere Backen, Sport, Mittagessen kochen und Töpfern als bedeutungsvolle und hilfreiche Gruppenangebote der Ergotherapie sehen. Auch die Studie von Sundsteigen et al. (2009) zeigt auf, dass Klientenzentriertheit und somit die richtige Wahl

der Mittel eine zentrale Rolle spielen, um die Partizipation und Performanz der Klienten zu steigern. Weitere Studien wie diejenigen von Reberio (2000), Corring und Cook (1999), Blank (2004), Pierce (2000) und Cowls und Hale (2005) bestärken dieses Resultat.

Den unter Punkt 5.1.1.2. beschriebenen Übertrag der Aktivitäten in den Alltag der Klienten erfordert es, institutionelle Abläufe so zu organisieren, dass der Zukunft von Klienten(gruppen) schon früh Beachtung geschenkt wird. Diese Abläufe beinhalten unter anderem, Kontakt zu Schnittstellen zu knüpfen, wie z.B. zu Organisationen ausserhalb der Institution, welche diese bedeutungsvollen Aktivitäten anbieten und den Klienten somit ermöglichen, diese weiterzuverfolgen (Hutcheson et al., 2010). Die Organisation von Abläufen und die Interaktion zwischen den am Prozess beteiligten Personen wie auch zu den Schnittstellen sind nach Hucke et al. (2009) Teile der Prozessqualität. Die Autorin folgt der Einteilung nach Hucke et al. (2009) und betont die Wichtigkeit dieser Teile bei der Zukunftsgestaltung der Klienten. Wird die Zukunftsgestaltung in Ergotherapiegruppen einbezogen, unterstützt dies einerseits die gegenwärtige Partizipation der Klienten, da es sich um ein ansprechendes Thema handelt, andererseits fördert es die zukünftige Partizipation, da die Aktivitäten nach Aufenthalt in der Akutpsychiatrie weiterverfolgt werden können (Hutcheson et al., 2010).

Die unter Punkt 5.1.1.3. beschriebenen Studienergebnisse zeigen verschieden Methoden auf, wie der Einbezug der Klienten und somit deren Selbstständigkeit gefördert werden kann. Beim Einbezug der Klienten handelt es sich aus Sicht der Autorin um die begründete Wahl von Methoden und um die Interaktion der beteiligten Personen. Diese zwei Bereiche sind nach Hucke et al. (2009) Teile der Prozessqualität, in welche dieses Thema eingeordnet wird. Die Ergotherapeutin sollte im richtigen Masse Unterstützung bieten und gleichzeitig dem Klienten so viel Entscheidungsfreiheit wie möglich geben (Bryant et al., 2004). Der Klient übernimmt somit Verantwortung für sich und bestimmt die Gestaltung der Therapie mit (Bryant et al., 2004; Kelly et al., 2010; Haley et al., 2004). Dieses Mitbestimmen setzt laut der Autorin eine offene Interaktion zwischen den am Behandlungsprozess beteiligten Personen

voraus. Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Klient und Personal wird auch in weiteren Studien wie denjenigen von Trivedi (1999), Sundsteigen et al. (2009), Haertl, Behrens, Houtujec, Rue und Ten Haken (2009) und Tait und Lester (2005) hervorgehoben.

Unter Punkt 5.1.1.4. wird beschrieben, dass die Interaktion mit Gleichgesinnten wichtig ist und das Zugehörigkeitsgefühl fördert (Haley et al., 2004; Kelly et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Bryant et al., 2004; O'Brien et al., 2002). Diese Interaktion wird in Diskussionsgruppen ausgeführt, was von den Klienten sehr geschätzt wird, wenn es sich um eine homogene Gruppe handelt (O'Donovan et al., 2009). Die Autorin geht davon aus, dass es sich bei diesen Themen (Diskussionsgruppen und Homogenität) um Mittel und Methoden handelt, welche nach Hucke et. al. (2009) zur Prozessqualität zählen.

Den Ergebnissen aus den Hauptstudien stehen Aussagen von Sundsteigen et al. (2009) und Matter (2008) gegenüber. So beschreibt Sundsteigen et al. (2009) übereinstimmend mit den Ergebnissen dieser Bachelorarbeit, dass das Zugehörigkeitsgefühls und die Identifikation mit Gleichgesinnten wichtig sind, jedoch nicht die Diskussion als Mittel und Methode im Zentrum steht. So meint auch Matter (2008), dass vorwiegend das gemeinsame Tun im Mittelpunkt steht und nicht die Diskussion. Die Autorin schliesst daraus, dass nicht primär eine interaktionelle Methode gewählt werden muss, sondern auch eine kompetenzzentrierte oder eine ausdruckszentrierte Methode gewählt werden kann. Umso wichtiger scheint ihr, dass die Klientengruppe mitbestimmen kann und die Methoden und Mittel jeweils nach ihren Bedürfnissen und Interessen gewählt werden, was auch in den Ergebnissen unter Punkt 5.1.1.3. angetönt wird.

6.2.3. Themen der Ergebnisqualität

Wie unter Punkt 3.2.1. beschrieben werden die Partizipation und die Performanz in dieser Arbeit als Überbegriffe der Ergebnisqualität definiert. In die Ergebnisqualität lassen sich jedoch auch die konkreten Wirkungen, welche in Punkt 5.1.2. beschrieben werden, einordnen. Die konkreten Wirkungen

beschreiben, was von den Rahmenbedingungen (Struktur- und Prozessqualität) beeinflusst wurde. Laut Hucke et al. (2009) ist die Ergebnisqualität das Resultat aus der Struktur- und der Prozessqualität.

Ähnliche Rahmenbedingungen und Wirkungen wie unter Punkt 5.1.2. beschrieben werden auch in der Studie von Sundsteigen et al. (2009) genannt.

6.3. Theorie-Praxis Transfer

Tabelle 2 zeigt einige Beispiele auf, wie die Rahmenbedingungen in Gruppeninterventionen umgesetzt werden könnten. Beschriebene Methoden liefern Ideen für die Praxis, sind jedoch nicht als einzige Möglichkeit zu verstehen. Wichtig ist, dass Ergotherapeutinnen die erwähnten Rahmenbedingungen in der Praxis beachten, damit die Ergebnisqualität positiv ausfällt.

In der Tabelle 2 erwähnte *Assessments* (Interessenscheckliste und *Goal Attainment Scale*) werden im Glossar (Punkt 11.) genauer beschrieben. Bei der Verwendung von *Assessments*, Fragebogen und weiteren Medien gilt es zu beachten, dass diese Mittel nicht nur eingesetzt, sondern auch die Ziele weiterverfolgt werden. Wie aus Tabelle 2 zu schliessen ist, handelt es sich bei Zielen z.B. um den Einbezug der meistgenannten bedeutungsvollen Tätigkeiten, der Anpassung des Gruppenangebots bzgl. Zeitpunkts und der konkreten Planung der Weiterführung von Aktivitäten.

Tabelle 2: Praxisimplikationen

Rahmenbedingung	Beispiele aus Studien	Methoden
Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung	Bildung (Psychoedukation) Arbeit Musik Spazieren Handwerk Ferien Beziehungen Kochen Selbstvertrauen Entspannung Tanzen Kunst Töpfern Sport	Zur Erfassung bedeutungsvoller Tätigkeiten können *Assessments* aus ergotherapeutischen Modellen verwendet werden. Geeignet wäre hier z.B. die Interessenscheckliste (IRC) aus dem *Model of Human Occupation* (MOHO).
Alltagstransfer schaffen	(Alltagstransfer von bedeutungsvollen Tätigkeiten in Behandlung einbeziehen)	Um herauszufinden, wo die Tätigkeiten nach Austritt weitergeführt werden können, ist es sinnvoll, z.B. Prospekte über Angebote in den Gemeinden, das Internet usw.

Rahmenbedingung	Beispiele aus Studien	Methoden
		einzubeziehen.
Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten	– Ziele gemeinsam vereinbaren – Meinungsumfrage zum Angebot – Wahlmöglichkeit bei Gruppen und Aktivitäten – Sich organisieren	– Klienten können z.B. in die Zielsetzung einbezogen werden mit dem Ausfüllen des *Goal Attainment Scale (GAS)*. – Durch Fragebogen zum Gruppenangebot, zur Zufriedenheit damit und durch das Sammeln weiterer Vorschläge kann der Klient in die Planung einbezogen werden. – Durch ein Angebot mit passendem Ausmass an Wahlmöglichkeiten lernen Klienten, Entscheidungen zu treffen. – Die Verantwortung der Planung und Durchführung einer Aktivität den Klienten übertragen.
Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten	– Homogene Gruppe – Diskussionen über: Bewältigungsstrategien, Gemeinsame Interessen	– Gruppen nach Krankheitsbildern und Alter generieren – Diagnosespezifisches Psychoedukationsgruppenangebot (Diskussion)
Kontext – Das „Drumherum“ im Zentrum	– Gruppenraum ausserhalb der Station – Moderne Möblierung – Persönliche Dekoration – Tag und Zeitpunkt (Freitagnachmittag) – Fairer Behandlungsstil	– Ein ungezwungenes, einladendes Umfeld kann z.B. gefördert werden, wenn die Gruppe ausserhalb der Station stattfindet. Zudem können Klienten bei der Raumdekoration mit eigenen Arbeiten einbezogen werden. – Der Zeitpunkt der Gruppen sollte so gewählt sein, dass es für die Klienten eine sinnvolle Struktur ergibt. – Die Therapeutin sollte allen Teilnehmern die Möglichkeit geben, sich einzubringen und die Aktivität den Zielen der Klienten anpassen (Schwerpunkte z.B. nach *GAS* festlegen).

Anmerkung: Die Beispiele sind den Hauptstudien entnommen (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010; O’Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004; Bryant et al., 2004; O’Brien et al., 2002)

6.3.1. Das OTPF und seine Gegenstandsbereiche

Im folgenden Absatz wird dem Leser ein Überblick über das *OTPF*-Modell verschafft. Dieser Überblick soll dazu dienen, die unter Punkt 6.3.2. beschriebene Verknüpfung besser zu verstehen. Hierbei handelt es sich nicht mehr um die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit, sondern um eine hilfreiche Ergänzung für die Praxis.

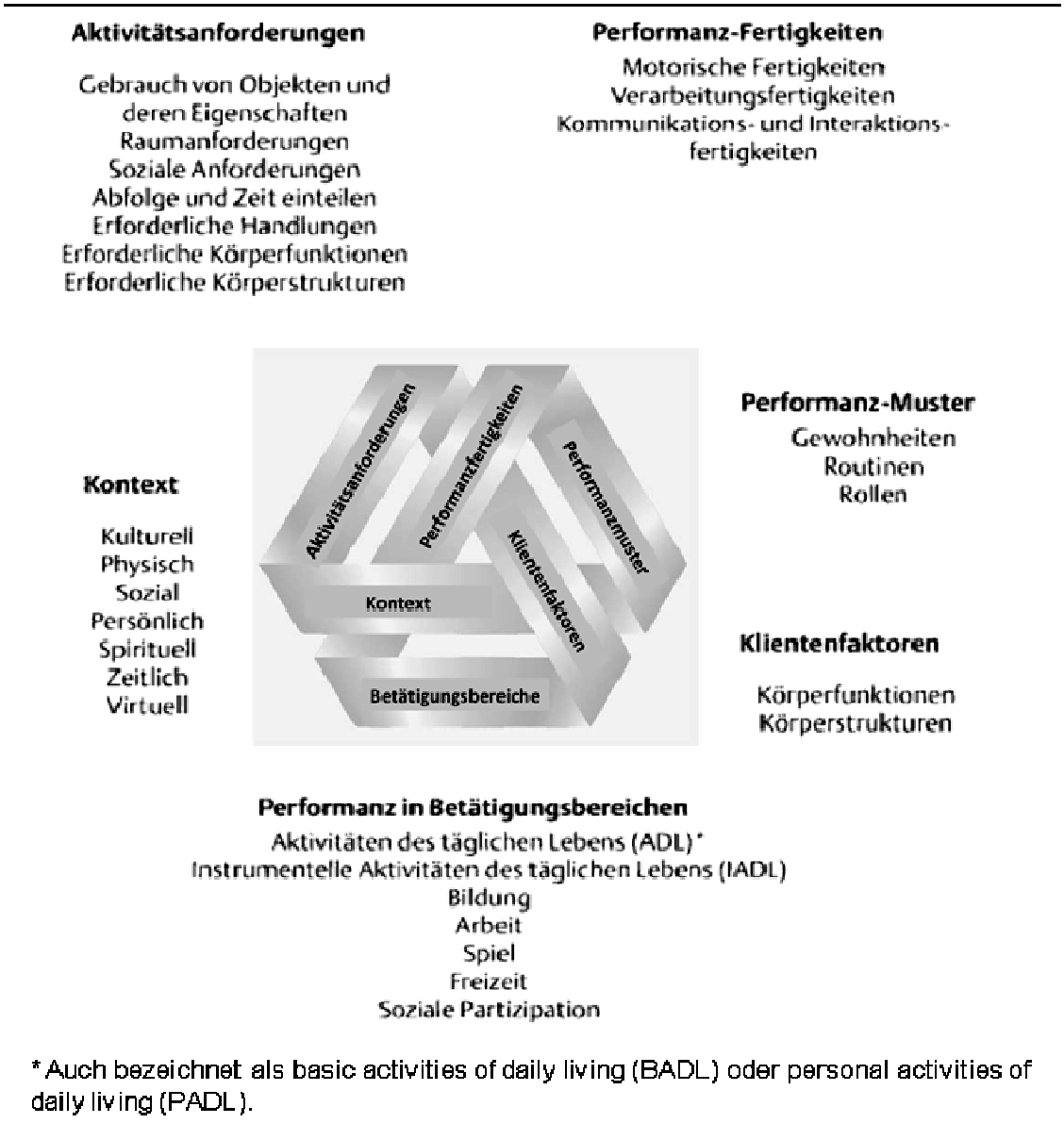
Das *Occupational Therapy Practice Framework* beschreibt den Arbeits- und Gegenstandsbereich der Ergotherapie (*AOTA*, 2008). Das übergeordnete Ziel von Ergotherapeutinnen ist es, Menschen in für sie bedeutungsvolle

Alltagsaktivitäten (Betätigung) einzubinden und somit deren Partizipation im jeweiligen Kontext zu verbessern (Reichel, 2005). Dieses Ziel umfasst die verschiedenen Aspekte des Gegenstandsbereichs, welche sich gegenseitig beeinflussen und von Ergotherapeutinnen bei der Befunderhebung und Intervention gleichwertig berücksichtigt werden (Reichel, 2005).

Abbildung 1 verdeutlicht das Zusammenspiel der Aspekte des Gegenstandsbereichs (Reichel, 2005; *AOTA*, 2008). Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird auf eine ausführliche Beschreibung aller Gegenstandsbereiche verzichtet. An dieser Stelle sei auf das Buch *„Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären“* von Reichel (2005) verwiesen. Die genaue Referenz findet sich im Literaturverzeichnis.

In dieser Arbeit werden die neue und die alte Version des *OTPF* einbezogen, da teilweise aus der älteren deutschen Ausgabe zitiert wird. Die Unterschiede zwischen den Versionen sind gering und verändern die Aussagen dieser Arbeit nicht.

Abbildung 1: Grafik der Gegenstandsbereiche des *OTPF*



Anmerkung: Grafik wurde von der Autorin erstellt und mit Übersetzungen von Reichel ergänzt (Reichel, 2005, S. 65; *AOTA*, 2008)

6.3.2. Ergebnisse verknüpft mit den Gegenstandsbereichen des OTPF

Die unter Punkt 5.1.1. beschriebenen Rahmenbedingungen führen zur Ergebnisqualität, welche aussagt, was sich bei Klienten verbessert hat. In diesem Kapitel verknüpft die Autorin die Ergebnisqualität mit den Gegenstandsbereichen des *OTPF*. Mit dieser Verknüpfung möchte die Autorin begründen, dass

es sich bei Gruppeninterventionen unter Berücksichtigung der beschriebenen Rahmenbedingungen um ergotherapeutisches Arbeitsgebiet handelt.

In der Tabelle 3 wird dargestellt, welche Auswirkungen die Rahmenbedingungen auf die Klienten haben und in welche Gegenstandsbereiche sich diese Auswirkungen im *OTPF* einordnen lassen. Wie bereits erwähnt, beeinflussen sich die Gegenstandsbereiche gegenseitig und sollten nicht isoliert betrachtet werden (Reichel, 2005).Es ist zu beachten, dass es sich bei dieser Darstellung um eine subjektive Einordnung der Autorin handelt und die in Tabelle 3 aufgeführten Gegenstandsbereiche wiederum Auswirkungen auf weitere Bereiche haben können. Um zu verdeutlichen, was die fünf aufgeführten Gegenstandsbereiche beinhalten, werden diese im Anhang unter Punkt C. nach Reichel (2005) zitiert.

Die Autorin ist sich bewusst, dass in Tabelle 3. nicht alle beteiligten Aspekte der Gegenstandsbereiche aufgelistet sind (Fokus liegt bei den *Körperfunktionen* auf den *Geistigen Funktionen*). Trotz möglicher Subjektivität kann diese Verknüpfung Ergotherapeutinnen in der psychiatrischen Praxis erleichtern, ihr Aufgabengebiet klar zu deklarieren und Interventionen in dieser Form zu begründen.

Tabelle 3: Aspekte der Ergebnisqualität im *OTPF* eingeordnet

Ergebnisqualität	**Gegenstandsbereich**	**Aspekte des Gegenstandsbereichs**	**Unterbereiche der jeweiligen Aspekte**		
Das Fällen von Entscheidungen wird trainiert.	Klienten-Faktoren	Körperfunktionen	Geistige Funktionen	Spezifische Geistige Funktionen	Höheres Niveau kognitiver Funktionen
Neue Beschäftigungen werden entdeckt und ausprobiert.	Performanz in Betätigungsbereichen	ADL, IADL, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit, Soziale Partizipation	-	-	-
Die Partizipation in den Aktivitäten wird verbessert.	Performanz in Betätigungsbereichen	Soziale Partizipation	-	-	-

Ergebnisqualität	Gegenstandsbereich	Aspekte des Gegenstandsbereichs	Unterbereiche der jeweiligen Aspekte		
Fähigkeiten und Fertigkeiten werden ausgebaut.	Performanz-Fertigkeiten	Motorische Fertigkeiten, Verarbeitungs-Fertigkeiten, Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten	-	-	-
Es wird gelernt, zu planen, sich zu organisieren und seine Zeit einzuteilen.	Performanz-Fertigkeiten	Verarbeitungs-Fertigkeiten	-	-	-
	Kontext	Zeitlich	-	-	-
	Klienten-Faktoren	Körperfunktionen	Geistige Funktionen	Spezifische geistige Funktionen	Höheres Niveau kognitiver Funktionen
Die Motivation und die Freude steigen.	Kontext	Spirituell			
	Klienten-Faktoren	Körperfunktionen	Geistige Funktionen	Globale geistige Funktionen	Energie und Antriebsfunktionen
Klienten fühlen sich unterstützt, sicher und verstanden.	Kontext	Kulturell, sozial, persönlich, spirituell			
Wohlbefinden, Selbstvertrauen und Gemütszustand werden positiv beeinflusst.	Klienten-Faktoren	Körperfunktionen	Geistige Funktionen	Spezifische geistige Funktionen	Funktion der Erfahrung von sich selbst und der Zeitfunktionen
Klienten werden abgelenkt.	Klienten-Faktoren	Körperfunktionen	Geistige Funktionen	Spezifische geistige Funktionen	Emotionale Funktionen
Es wird vermehrt Verantwortung übernommen.	Performanzmuster	Gewohnheiten	-	-	-
Klienten gehen vermehrt Verpflichtungen ein.	Performanzmuster	Gewohnheiten	-	-	-

Anmerkung: Die Tabelle beinhaltet die aus den Hauptstudien resultierenden Rahmenbedingungen (Kelly et al., 2010; Hutcheson et al., 2010; O'Donovan et al., 2009; Haley et al., 2004; Bryant et al., 2004; O'Brien et al., 2002) und die Gegenstandsbereiche nach Reichel (2005).

6.4. Konnte die Fragestellung beantwortet werden?

Die erfragten Rahmenbedingungen wurden in Unterthemen zusammengefasst und beschrieben. Die Unterthemen beantworten die ursprüngliche Fragestellung der Bachelorarbeit.

Zur vereinfachten Begründung guter Qualität wurden diese Rahmenbedingungen zudem in die drei Qualitätsaspekte der Ergotherapie eingeordnet. Auch die Verknüpfung der Ergebnisqualität mit den Gegenstandsbereichen des *OTPF* soll einen Überblick über die gesamte Ergotherapiebehandlung verschaffen. Es kann somit gut argumentiert werden, warum unter Einbezug der beschriebenen Rahmenbedingungen positive Ergebnisse im ergotherapeutischen Arbeitsgebiet aufgewiesen werden. Dies bedarf jedoch das Rückverfolgen aller zusammenhängenden Faktoren. Rückwärts verfolgt sieht das so aus, dass die Gegenstandsbereiche der Ergotherapie, welche unser Kernarbeitsgebiet darstellen, positiv beeinflusst werden. Sie werden durch die Aspekte der Ergebnisqualität, welche das *Outcome* unseres Arbeitsgebietes darstellt, positiv beeinflusst.

Die Ergebnisqualität wiederum hängt von Rahmenbedingungen ergotherapeutischer Gruppeninterventionen ab, welche umfassend als klientenzentriertes Setting unseres Arbeitsgebietes bezeichnet werden können.

Die Rahmenbedingungen ihrerseits beinhalten verschiedene Qualitätsstufen (Struktur- und Prozessqualität). Gute Qualität ist das Ziel aller am Prozess beteiligten Akteure und daher ist jedes Element auf diesem Weg der Ergebnisanalyse im ergotherapeutischen Arbeitsgebiet zentral. Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Fragestellung beantwortet wurde und durch die Verknüpfung mit zwei ergotherapeutischen Theorien (Qualitätsaspekte und *OTPF*-Modell) vertieft wurde.

7. Schlussfolgerung

Um die Partizipation und Performanz bei Menschen mit affektiven Störungen zu unterstützen, müssen Ergotherapeutinnen einige Rahmenbedingungen in Gruppensettings beachten. Es stellte sich als wesentlich heraus, dass Klienten in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Einerseits ist die Gruppenzusammensetzung zentral, andererseits das Mitbestimmen der Klienten bei der Planung und Durchführung von Gruppenangeboten. Die Verbesserung von Partizipation und Performanz kann dann stattfinden, wenn sich Klienten durch Aktivitäten angesprochen fühlen. Wichtig ist, den Alltagstransfer bedeutungsvoller Aktivitäten in die Behandlung einzubeziehen und die Selbstständigkeit durch Übertragung von Wahl und Entscheidungsfreiheit zu unterstützen. Klienten profitieren in homogenen Gruppen am meisten voneinander, da ihre Interessen ähnlich sind. Weiter sind der faire Behandlungsstil der Ergotherapeutin, die antiinstitutionelle Raumgestaltung und die zeitlichen Aspekte einer Gruppenintervention zu beachten.

Diese Bachelorarbeit kann dazu beitragen, die Qualitätsaspekte von Ergotherapiegruppen zu verbessern und somit einer evidenzbasierten Praxis näherzukommen.

7.1. Weiterführende Forschung

In dieser Arbeit geht es lediglich um Rahmenbedingungen, welche Klienten als positiv beschreiben. Es wird nicht ersichtlich, wie Ergotherapeutinnen diese Rahmenbedingungen und deren Umsetzung in die Praxis beurteilen.

Für weiterführende Forschung wäre es hilfreich zu verfolgen, welche Rahmenbedingungen Ergotherapeutinnen bei Menschen mit affektiven Störungen als notwendig sehen, um allenfalls eine Kombination beider Ergebnisse in der Praxis zu implementieren.

Auch die Strategien und Erfahrungen von Ergotherapeutinnen zur Gruppenleitung bei Menschen mit affektiven Störungen in der Akutpsychiatrie könnten weiter in die Forschung einbezogen werden. Möglicherweise würden sich dadurch weitere nützliche Methoden für die Praxis zeigen.

Der Autorin ist bekannt, dass Menschen mit affektiven Störungen viel Struktur brauchen, woraus sie folgert, dass die Übertragung der Verantwortung durch

Wahlfreiheit (siehe Punkt 5.1.1.3.) erschwert sein könnte. Hierbei handelt es sich um ein weiteres Thema, welches in die Forschung einbezogen werden sollte.

Aus Sicht der Autorin wäre es zukünftig wichtig, die Qualität von Ergotherapiegruppen bei Menschen mit affektiven Störungen durch standardisierte Erfassungsinstrumente, Klientenbefragungen und systematische Beobachtungen ständig zu überprüfen. Somit könnten die Interventionen von Seiten der Klienten und der Therapeuten besser angepasst und begründet werden.

7.2. Limitationen

Die Literaturrecherche beschränkt sich auf die unter Punkt 4.1. aufgeführten Datenbanken und schliesst somit wohl nicht jegliche für die Fragestellung relevante Literatur ein. Aufgrund zahlreicher Suchergebnisse wurde die Literatur anhand der unter Punkt 4. beschriebenen Schlüsselwörter und Kriterien eingegrenzt, was möglicherweise zum Ausschluss relevanter Studien geführt hat. Bei den sechs einbezogenen Hauptstudien handelt es sich um qualitative Studien, welche teilweise einen niedrigen Evidenzgrad aufweisen und somit die Wissenschaftlichkeit der Ergebnisse limitieren. Zudem ist durch die englischsprachige Literatur ein gewisses Mass an Fehlinterpretationen durch die Autorin nicht auszuschliessen.

Die Verknüpfung der Ergebnisse mit den Qualitätsaspekten der Ergotherapie und die Einordnung ins *OTPF* können durch die subjektive Sichtweise der Autorin gefärbt sein und stellen somit nur eine Möglichkeit dar.

Beim Theorie-Praxis Transfer handelt es sich lediglich um Ideen für die Praxis, welche keineswegs als einzig richtige Möglichkeit angesehen werden sollten.

8. Literaturverzeichnis

AG MoTheo. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie Deutsch-Englisch Englisch Deutsch.* Idstein: Schulz-Kirchner.

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 2nd Edition. *American Journal of Occupational Therapy, 62,* 625-683.

Anthony, W. (2000). A recovery-oriented service system: setting some system standards. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 24(9),* 159-168.

Blank, A. (2004). Clients' experience of partnership with occupational therapists in community mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 67,* 118-124.

Bryant, W., Craik, C. & McKay, E. (2004). Living in a glasshouse: Exploring occupational alienation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(5),* 282-289.

Corring, D. & Cook, J. (1999). Client-centered care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 66,* 71-82.

Cowls, J. & Hale, S. (2005). It's the activity that counts: What clients value in psychoeducational groups. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72,* 176-182.

Craik, C., Austin, C., Chacksfield, J., Richards, G. & Schell, D. (1998). College of Occupational Therapists: Position paper on the way ahead for research, education and practice in mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 61,* 390-393.

Di Bona, L. (2004). What do they think of us? A satisfaction survey of users of occupational therapy services in an acute inpatient mental health unit. *Mental Health Occupational Therapy, 9,* 77-81.

Dudenredaktion. (2007). *Duden – das Synonymwörterbuch: ein Wörterbuch sinnverwandter Wörter* (4. Aufl.) [CD-ROM]. Mannheim: Dudenverlag.

Eickstätt, U. & Mager, G. (2001). Patientenzufriedenheit. In K. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (S. 401-419). Stuttgart: Schattauer.

Flotho, W. (2003). Psychosomatik. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 303-328). Stuttgart: Thieme.

Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S. 200-204). Stuttgart: Thieme.

Fowler-Davis, S. & Bannigan, K. (2000). Priorities in Mental Health Research: the Result of a Live Research Project. *British Journal of Occupational Therapy, 63(3),* 98-104.

Fowler-Davis, S. & Hyde, P. (2002). Conducting focus groups: Purpose and practicalities. *British Journal of Occupational Therapy, 65(8),* 387-389.

Gierig, L. & Hülsewiesche, D. (2002). Die Orientierungsgruppe: Ein systemisch-lösungsorientierter Ansatz unter Einbeziehung der ausdruckszentrierten Methode. *Ergotherapie & Rehabilitation, 7*, 15-18.

Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S. 4-10). Stuttgart: Thieme.

Haertl, K., Behrens, K., Houtujec, J., Rue, A. & Ten Haken, R. (2009). Factors influencing Satisfaction and Efficacy of Services at a Free-Standing Psychiatric Occupational Therapy Clinic. *American Journal of Occupational Therapy, 63,* 691-700.

Haley, L. & McKay, E. (2004). ´Baking Gives You Confidence´: Users´ Views of Engaging in the Occupation of Baking. *British Journal of Occupational Therapy, 67(3),* 125-128.

Harth, A. & Meyer A. (2002). „Canadian Occupational Performance Measure“(COPM) – Ein nützliches Messinstrument für die Ergotherapie in der Psychiatrie? In T. Reuster & O. Bach (Hrsg.), *Ergotherapie und Psychiatrie* (S. 25-33). Stuttgart: Thieme.

Hucke, B. & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie.* Idstein: Schulz-Kirchner.

Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G. & Gill, L. (2010). Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy, 73(3),* 121-128.

Jones, A. & Crossley D. (2008). ´In the mind of another´ shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15(9),* 749-757.

Kelly, M., Lamont, S. & Brunero S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 73(3),* 129-135.

Kielhofner, G. (2005a). Aktuelle Veränderungen im Model of Human Occupation. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (S. 160-167). Heidelberg: Springer.

Kielhofner, G. (2005b). Einführung in das Modell der menschlichen Betätigung. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (S. 2-10). Heidelberg: Springer.

Lagemann, H. (2003). Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 96-153). Stuttgart: Thieme.

Law, M., Dunn, W. & Baum, C. (2005). Measuring Participation. In M. Law, W. Dunn & C. Baum (Eds.), *Measuring Occupational Performance* (S. 107-127). Thorofare: SLACK incorporated.

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.

Le Granse, M. (2003). Anne Moseys Bezugsrahmen und ihre Einsatzmöglichkeiten. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 56-74). Stuttgart: Thieme.

Lim, K., Morris, J. & Craik, C. (2007). Inpatients´ perspectives of occupational therapy in acute mental health. *Australian Occupational Therapy Journal, 54,* 22-32.

Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S. 110-126). Stuttgart: Thieme.

Matter, B. (2008). Mittendrin und doch nicht Mitglied. *Fachzeitschrift Ergotherapie, 4,* 6-10.

Miesen, M., Christopher, A. & Mentrup, C. (2004). Begriffsbestimmung Ergotherapie. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.), *Berufsprofil Ergotherapie* (S. 151-170). Idstein: Schulz-Kirchner.

Mitchell, R. & Neish, J. (2007). The Use of a Ward-Based Art Group to Assess the Occupational Participation of Adult Acute Mental Health Clients. *British Journal of Occupational Therapy, 70(5),* 215-217.

O'Brien, P., Dyck, I., Caron, S. & Mortenson, P. (2002). Environmental analysis: Insights form sociological and geographical perspectives. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69(4),* 229-238.

O'Donovan, A. & Gijbles, H. (2006). Understanding psychiatric nursing care with non-suicidal self harming patients in acute psychiatric admission units: the views of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing, 20,* 186-192.

O'Donovan, A. & O'Mahony, J. (2009). Service users'experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16,* 523-530.

Pierce, D. (2000). Occupation by design: Dimensions, therapeutic power, and creative process. *American Journal of Occupational Therapy,* 249-259.

Range, K. (2007). Persönliche Produktivität bei kollektiver Eingebundenheit: Wie entsteht die Zufriedenheit in der Arbeitstherapie aus Sicht der psychiatrischen Klienten? In U. Marotzki & K. Reichel (Hrsg.), *Psychiatrische Ergotherapie heute* (S. 93-117). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Reberio, K. (2000). Client perspectives on occupational therapy practice: Are we truly client-centered? *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67,* 7-14.

Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie.* Idstein: Schulz-Kirchner.

Reichel, K. (2007). Potenziale im Berufsverständnis der psychiatrischen Ergotherapie. In U. Marotzki & K. Reichel (Hrsg.), *Psychiatrische Ergotherapie heute* (S. 21-39). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Roleff-Corell, N. (2009). Lösungen zur Evaluation. In U. Walkenhorst & H. Becker (Hrsg.), *Fallbuch Ergotherapie in der Pädiatrie* (S. 208-234). Stuttgart: Thieme.

Sainsbury Centre for Mental Health. (1998). *Acute Problems: A Survey of the Quality of Care in Acute Psychiatric Wards.* London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Scheepers, C. (2007). Psychosoziale Behandlungsmethoden und Behandlungsmittel. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S. 479-506). Stuttgart: Thieme.

Sundsteigen, B., Eklund, K. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Patients' experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 16,* 172-180.

Tait, L. & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 168-175.

Trivedi, P. (1999). Unanswered questions: A user's perspective. In K. Buhi & D. Olajide (Eds.), *Mental health service provision: For a multi-cultural society* (pp. 11-20). London: Saunders.

Voigt-Radloff, S. (2007). Evidenzbasierte Praxis. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (S. 153-158). Stuttgart: Thieme.

World Health Organisation. (2011). *ICD-10-GM-Version 2011.* Retrieved from http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f30-f39.htm

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafik der Gegenstandsbereiche des *OTPF*..... 28

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlüsselworte 12
Tabelle 2: Praxisimplikationen 25
Tabelle 3: Aspekte der Ergebnisqualität im *OTPF* eingeordnet 29
Tabelle 4: Glossar 41
Tabelle 5: Abkürzungsverzeichnis 44
Tabelle 6: Schlüsselwörter Deutsch-Englisch und MeSH-Terms 47
Tabelle 7: Kritische Beurteilung Studie 1 48
Tabelle 8: Kritische Beurteilung Studie 2 49
Tabelle 9: Kritische Beurteilung Studie 3 50
Tabelle 10: Kritische Beurteilung Studie 4 51
Tabelle 11: Kritische Beurteilung Studie 5 52
Tabelle 12: Kritische Beurteilung Studie 6 53

11. Glossar

Tabelle 4: Glossar

Affektive Störungen	Dazu gehören: „Manische Episode, Bipolare affektive Störung, Depressive Episode, Rezidivierende depressive Störung, Anhaltende affektive Störungen, Andere affektive Störungen, Nicht näher bezeichnete affektive Störung“ (WHO, 2011) […] Hauptsymptome [affektiver Störungen sind] Veränderungen der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung […]. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. […] Die meisten [von] dieser [Störung Betroffenen] neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (WHO, 2011).
Assessment	Erfassungsinstrument (Bsp. Fragebogen, Beobachtung usw.)
Bedeutungsvolle Betätigungen	„sind für den Menschen dadurch charakterisiert, dass sie zielgerichtet sind und als signifikant, sinnvoll und wertvoll für den Einzelnen empfunden werden“ (Miesen, Christopher & Mentrup, 2004, S.158).
Betätigung	„[…] menschliche Betätigung [ist] […]die kulturell bedeutsame Ausübung von Arbeit, Spiel oder Aufgaben des täglichen Lebens im Strom der Zeit und in den Kontexten der individuellen räumlichen und sozialen Welt.“ (Kielhofner, 2005, S. 6)
Ergebnisqualität	Laut Hucke et al. (2009) ist die Ergebnisqualität das Resultat der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität wird durch die Auswertung der vorgängig definierten Erwartungen und Ziele überprüft. Die Art und das Ausmass der durch die Massnahme erreichten Veränderung werden mit der Ergebnisqualität bewertet. Im Vordergrund stehen Fragen wie z.B.: Ist der Kunde zufrieden? Entspricht das Ergebnis dem festgelegten Ziel?
Evidenz in der Ergotherapie	Eine Intervention wird als evident bezeichnet, wenn erstklassige wissenschaftliche Studien belegen, dass das ergotherapeutische Ziel und somit der Zweck der Intervention erreicht werden, die Intervention eine möglichst positive Wirkung hat und diese Wirkung nicht auf Faktoren ausserhalb der Intervention zurückzuführen ist (Voigt-Radloff, 2007).
Evidenzbasierte Praxis (EBP)	Voigt-Radloff (2007) definiert EBP wie folgt: Therapeuten berücksichtigen im konkreten Fall, um einen Behandlungsansatz zu wählen, sowohl ihre klinische Erfahrung und die individuellen Bedürfnisse des Klienten als auch Studienergebnisse der sys-

	tematischen Forschung.
Gegenstandsbereich	„Er umfasst Sachkenntnisse in den Betätigungsbereichen, in denen Ergotherapeutinnen Klienten behandeln, beraten und versorgen“ (Le Granse, 2003)
Goal Attainment Scale (GAS)	“Ermöglicht Therapeutin und Klient gemeinsam einzuschätzen, wie gut vorher vereinbarte Ziele erreicht wurden.” (Roleff-Corell, 2009)
Interaktion	„aufeinander bezogenes Handeln zweier oder mehrerer Personen; Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern“ (Dudenredaktion, 2007).
Interessenscheckliste (IRC)	Assessment aus dem *Model of Human Occupation (MOHO)*. „[…] Selbstbewertungsformblatt, welches die Klienten auffordert, vergangene und aktuelle Interessen und den Grad der Anziehung gegenüber diesen Aktivitäten auszudrücken.“ (Kielhofner, 2005, S. 164)
Klientenzentriert	Der Klient steht im Zentrum der Therapie. Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist partnerschaftlich und der Klient übernimmt eine aktive Rolle im Behandlungsprozess. So wird den Betätigungszielen des Klienten Priorität eingeräumt. (Flotho, 2007)
Kontext	Zusammenhängende Bedingungen innerhalb des Klienten und um ihn herum, welche seine Performanz beeinflussen. Kontexte können kulturell, physisch, sozial, persönlich, spirituell, zeitlich und virtuell sein. (Reichel, 2005)
Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)	Das *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)* beschreibt den Arbeits- und Gegenstandsbereich der Ergotherapie (*AOTA*, 2008). Das übergeordnete Ziel von Ergotherapeutinnen ist es, Menschen in für sie bedeutungsvolle Alltagsaktivitäten (Betätigung) einzubinden und somit deren Partizipation im jeweiligen Kontext zu verbessern (Reichel, 2005).
Prozessqualität	Prozessqualität beschreibt Abläufe, Verfahren und Handlungsvorgänge. Es geht also um die „Art“ der Umsetzung. Das beinhaltet die Organisation der Abläufe, die begründete Wahl der Mittel und Methoden sowie die Themen Interaktion (der am Prozess beteiligten Personen wie Arzt, Therapeut, Klient usw.) und Schnittstellen (Hucke et al., 2009).
Psychoedukation	In Gesprächen wird über das Verständnis der Krankheit und den Umgang damit diskutiert. Dadurch werden die individuelle Krankheitseinsicht und die Verarbeitung der Symptomatik beeinflusst. (Scheepers, 2007)
Rahmenbedingungen	Der Begriff „Rahmenbedingungen“ wird durch die Autorin in dieser

	Arbeit als Überbegriff für die verschiedenen Bestandteile der Strukturqualität und der Prozessqualität eingesetzt.
Redundanz	Mehrfaches Vorhandensein derselben Aussage und somit Datensättigung.
Strukturqualität	Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen – konkrete Merkmale und Fakten –, die die Möglichkeiten und Grenzen der Leistungserbringung festlegen. Hierzu gehören räumliche, materielle, personelle sowie finanzielle Rahmenbedingungen gleichermassen (Hucke et al., 2009).

12. Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 5: Abkürzungsverzeichnis

AOTA	*Amercian Occupational Therapie Association*
EBP	Evidenzbasierte Praxis (*evidence based practice*)
GAS	*Goal Attainment Scale*
IRC	Interessenscheckliste
KHB	Krankheitsbild
OTPF	*Occupational Therapy Practice Framework*
TN	Teilnehmer

13. Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Autorin	Ort, Datum
Jasmin Aeschlimann	Winterthur, 18.05.2011

14. Danksagung

Mein Dank gilt insbesondere Frau Almuth Späth, welche mich während des Schreibprozesses geduldig beraten und unterstützt hat.
Auch danke ich herzlich meinen Studienkolleginnen und Freunden, welche meine Arbeit mit viel Engagement überprüft und hinterfragt haben.
Ein grosser Dank auch an meine Familie, welche mich in dieser Zeit begleitet und unterstützt hat.

15. Anhang

A. Schlüsselworte Deutsch-Englisch

Tabelle 6: Schlüsselwörter Deutsch-Englisch und MeSH-Terms

Deutsch	Englisch	MeSH-Term
Psychiatrie	*psychiatry*	*psychiatry*
Affektive Störungen	*affective disorder*	*affective disorders, (affective disorder)*
Ergotherapie	*occupational therapy*	*(occupational therapy)*
Partizipation	*participation*	*(participation)*
Performanz	*performance*	*(performance)*
Gruppentherapie	*group therapy*	*group process, (group therapy)*
Gruppenprozess	*group process*	*group process*
Gruppenintervention	*group intervention*	*(group intervention)*
Einstellung	*attitude*	*attitude*
Akutbehandlung	*acute care*	*acute disease, (acute care)*
Psychische Verfassung	*mental health*	*mental health*
Psychisch krank	*mentally ill*	*mental disorders, (mentally ill)*
Klientenzufriedenheit	*patient satisfaction*	*patient satisfaction*
Gesundheit	*health*	*health, disease*
Auswertung / Evaluation	*evaluation*	*(evaluation)*
Intervention	*intervention*	*(intervention)*
Ergebnis / Resultat	*outcome*	*treatment outcome, program evaluation, (outcome)*
Qualität	*quality*	*(quality)*
Umfeld / Umwelt	*environment*	*environment*
Methode	*method*	*methods, (method)*

B. Tabellen kritische Beurteilung

Tabelle 7: Kritische Beurteilung Studie 1

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: An occupational perspective of the recovery journey in mental health **J:** 2010 **A:** Kelly, M., Lamont, S. & Brunero S. **Z**: British Journal of Occupational Therapy	Qualitatives Design, Narratives (Grounded Theory)	Den Zusammenhang zwischen Heilung und Betätigung bei Klienten mit psychischen Krankheiten erforschen.	Die Studie zeigt einige relevante Faktoren auf, welche die Genesung bei psychisch kranken Menschen in Gruppen beeinflussen und die allumfassende Notwendigkeit, in Betätigung involviert zu sein, um die psychische Verfassung zu erhalten und zu fördern. Die Studie ist ergotherapeutisch relevant.	Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten	**Stärken:** – Zur Datengewinnung wurden mehrere Personen einbezogen. – Die zwei beteiligten Forscher waren nicht von der Institution abhängig. – Methodisches Vorgehen beim Erheben und Auswerten der Daten wird beschrieben und relevante Literatur wird angegeben. – Triangulierung wurde angegeben. – Klientenaussagen wurden einbezogen. **Schwächen:** – Kleine Stichprobe von 5 Teilnehmern (TN) (keine Angabe zu Redundanz). – Keine genaue Beschreibung, welche Krankheitsbilder in Stichprobe enthalten sind. – Keine Limitationen erwähnt. – Nur Aussage über ein Gruppenangebot in einem Land

Tabelle 8: Kritische Beurteilung Studie 2

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: Promoting mental wellbeing trough activity in a mental health hospital **J:** 2010 **A:** Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G. & Gill, L. **Z**: British Journal of Occupational Therapy	Qualitatives und Quantitatives Design, (Phänomenologie und Einzelfall-„Serie“)	Ein strukturierteres und ansprechenderes Aktivitätsprogramm entwickeln und Partizipation von Klienten in akutpsychiatrischen Stationen messen.	Es geht in der Studie darum, wie Klienten und Therapeuten das „neue“ Gruppenangebot beurteilen. Die Haltung der Therapeuten, die Methoden und die Umwelt werden diskutiert, was wesentliche Bestandteile der Prozess- wie auch der Strukturqualität sind und zum Thema der Bachelorarbeit passen. Die Studie ist ergotherapeutisch relevant.	Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung Alltagstransfer schaffen Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten	**Stärken:** – Grosse Stichprobe (63 TN) – Zur Datengewinnung wurden mehrere Personen einbezogen. – Methodisches Vorgehen beim Erheben und Auswerten der Daten wird beschrieben und relevante Literatur wird angegeben. – Triangulierung wurde angegeben. – Limitierungen werden angegeben. – Fragebögen sind im Anhang. **Schwächen:** – Keine genaue Beschreibung, welche Krankheitsbilder in Stichprobe enthalten sind. – Die Daten wurden erhoben, während die Klienten in Behandlung waren, was das Resultat evtl. beeinflusst. – Nur in einer Institution in einem Land durchgeführt.

Tabelle 9: Kritische Beurteilung Studie 3

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: Service users' experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit **J:** 2009 **A:** O'Donovan, A. & O'Mahony, J. **Z:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Qualitatives Design, Descriptive approach (Phänomenologie)	Klientenerfahrungen in Bezug auf Gruppenprogramme in einer akutpsychiatrischen Klinik verstehen.	Die Studie beschreibt, was den Klienten wichtig ist in Gruppenangeboten (Struktur- und Prozessqualität). Die Gruppen werden vom Pflegepersonal geleitet, sind aber dennoch wichtig für die Fragestellung, da sie ergotherapeutische Gegenstandsbereiche (*OTPF*) enthalten und es sich um akutpsychiatrische Gruppen handelt.	Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten Kontext - das „Drumherum" im Zentrum	**Stärken:** – Stichprobengrösse richtete sich nach Redundanz (8 TN) – Zur Datengewinnung wurden mehrere Personen einbezogen. – Methodisches Vorgehen beim Erheben und Auswerten der Daten wird beschrieben und relevante Literatur wird angegeben. – Klientenaussagen wurden einbezogen. – Triangulierung wurde teilweise angegeben. – Limitierungen werden angegeben. **Schwächen:** – Nicht ausschliesslich affektive Störungen in Stichprobe (3 von 8) – Die Daten wurden erhoben, während die Klienten in Behandlung waren, was das Resultat evtl. beeinflusst. – Nur in einer Institution in einem Land durchgeführt.

Tabelle 10: Kritische Beurteilung Studie 4

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: 'Baking gives you confidence': users' views of engaging in the occupation of baking. **J:** 2005 **A:** Haley, L. & McKay, E. **Z:** British Journal of Occupational Therapy	Qualitatives Design, (Phänomenologie)	Die Sicht von akutstationären Klienten bezüglich ihrer Partizipation beim Backen untersuchen.	Die Studie untersucht verschiedene Aspekte (Struktur- und Prozessqualität), die bei der Gestaltung von (Back)Gruppen in der Akutpsychiatrie relevant sind. Die Studie ist ergotherapeutisch relevant.	Klientenzentriertheit durch bedeutungsvolle Betätigung Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten Kontext - das „Drumherum“ im Zentrum	**Stärken:** – Zur Datengewinnung wurden mehrere Personen einbezogen. – Methodisches Vorgehen beim Erheben und Auswerten der Daten wird beschrieben und relevante Literatur wird angegeben. – Triangulierung wurde teilweise angegeben. – Limitierungen werden angegeben. **Schwächen:** – Kleine Stichprobengrösse (12 TN) (keine Angabe zu Redundanz) – Keine genaue Beschreibung, welche Krankheitsbilder in Stichprobe enthalten sind. – Nur in einer Institution in einem Land durchgeführt.

Tabelle 11: Kritische Beurteilung Studie 5

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: Living in a glass-house: exploring occupation-al alienation **J:** 2004 **A:** Bryant, W., Craik, C. & McKay, E. **Z:** Canadian Journal of Occupational Therapy	Qualitatives Design, (Phänomenologie)	Untersuchen, wie die Bedürfnisse von Klienten in psychiatrischen Tageskliniken erfüllt werden.	Die Studie zeigt, was Klienten in Gruppen-therapien als hilfreich empfanden und was nicht (Struktur- und Prozessqualität). Die Studie war Teil eines Projekts, das die Klienten in die Pla-nung von Psychiatrie-angeboten in Tages-kliniken einbeziehen wollte. Forscher sind drei Ergotherapeutinnen, welche die Ergebnisse aus ET-Sicht repräsentieren.	Klientenzent-riertheit durch bedeutungsvol-le Betätigung Alltagstrans-fer schaffen Förderung der Selbstständigkeit durch Einbezug der Klienten Zugehörigkeit erleben durch soziale Interak-tion mit Gleich-gesinnten Kontext - das „Drumherum“ im Zentrum	**Stärken:** – Grosse Stichprobe (39 TN) – Zur Datengewinnung wurden mehrere Personen einbezogen. – Annahmen der Forscher wurden angege-ben. – Methodisches Vorgehen beim Erheben und Auswerten der Daten wird beschrie-ben und relevante Literatur wird angege-ben. – Triangulierung wurde teilweise angege-ben. – Klientenaussagen wurden einbezogen. – Limitierungen werden angegeben. – Member checking wurde durchgeführt – Studie schloss vier Angebote in verschie-denen Regionen eines Landes ein. **Schwächen:** – (keine Angabe zu Redundanz) – Keine genaue Beschreibung, welche Krankheitsbilder in Stichprobe enthalten sind. – Die Daten wurden erhoben, während die Klienten in Behandlung waren, was das Resultat evtl. beeinflusst. – Auch Fokusgruppen als Methode könnten Aussagen der Klienten beeinflusst haben.

Tabelle 12: Kritische Beurteilung Studie 6

Titel, Jahr, Autor, Zeitschrift	Design	Ziel / Zweck	Relevanz	Beitrag zu folgenden Unterthemen	Kritische Beurteilung
T: Environmental analysis: insights from sociological and geographical perspectives **J:** 2002 **A:** O'Brien, P., Dyck, I., Caron, S. & Mortenson, P. **Z:** Canadian Journal of Occupational Therapy	Qualitatives Design, Fallstudien, (Phänomenologie)	Beschreiben wie Aspekte der Soziologie und der Geographie Einfluss auf die Umweltanalyse in der Ergotherapie haben können und wie diese zu einem besseren Verständnis des Alltags von drei Klienten führen.	In dieser Studie werden viele Aussagen über die Umwelt und deren Einflüsse auf Betätigung gemacht. Klienten beschreiben, wie Veränderungen der Umwelt (Strukturqualität) ihre erlebte Behinderung beeinflusst. Die Studie ist ergotherapeutisch relevant.	Zugehörigkeit erleben durch soziale Interaktion mit Gleichgesinnten Kontext - das „Drumherum" im Zentrum	**Stärken:** – Annahmen der Forscher wurden angegeben und Notwendigkeit ausführlich beschrieben. – Relevante Literatur wird angegeben. – Krankheitsbilder der Teilnehmer sind erwähnt. – (Theorie-Praxis Transfer in die Ergotherapie wird gemacht.) **Schwächen:** – Kleine Stichprobe (3 TN) – Keine Angabe zur Datengewinnung und Rekrutierung der TN. – Keine Limitationen erwähnt

B.1. Beispielsformular der Bewertung in Anlehnung an Law et al. (1998)

Critical Review Form – Qualitative Studies in Anlehnung an

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bouch, J., & Westmorland, M., (1998)

McMasterUniversität

Titel:

Service users' experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit

KOMMENTARE

ZWECK DER STUDIE Wurde der Zweck klar angegeben? _x_ Ja ___ Nein	Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Ziel ist das Verstehen von Klientenerfahrungen in Bezug auf Gruppenprogramme in einer akutpsychiatrischen Klinik.
LITERATUR: Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? _x_ Ja ___ Nein Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht? Nach OTPF (AOTA, 2008; Reichel, 2005) , da in der BA dieses als Modell verwendet wird : Performanz in Betätigungsbereichen ___ ADL _x_ IADL _x_ Bildung ___ Arbeit ___ Spiel ___ Freizeit _x_ Soziale Partizipation Performanzfertigkeiten ___ Motorische	Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde. Akutpsychiatrische Kliniken wurden, da wenig therapeutische Behandlung angeboten wird, als problembehaftet beschrieben. Studien haben gezeigt, dass Klienten denken, die akutpsychiatrischen Kliniken seien eintönig, unqualifiziert, antitherapeutisch und würden die Institutionalisierung fördern. Zudem wurde die psychiatrische Krankenpflege als oberflächlich empfunden. In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage? In der Studie geht es um **Gruppentherapien,** welche von Pflegepersonal geleitet werden (ET-Gruppen gibt es auch, diese werden jedoch nicht einbezogen). Die Pflegegruppen legen den Schwerpunkt auf Copingstrategien und Unterstützung, wobei die ET-Gruppen dieser Institution der Ausführung früherer Aktivitäten dienen. Da die Gruppen der Pflege **ergotherapeutische Gegenstandsbereiche** beinhalten, die sich ins **OTPF** einordnen lassen, ist diese Studie trotzdem wichtig. Folgend werden die Gruppenangebote beschrieben, welche sich auf die Gegenstandsbereiche der Ergotherapie übertragen lassen (in Klammern werden die jeweiligen Gegenstandsbereiche aufgeführt): **„News and views"** → Kommunikation und Interaktion über

_x_ Verarbeitungs _x_ Kommunikations-Interaktions Performanz- Muster ___ Gewohnheiten ___ Routinen ___ Rollen Kontext und Umwelt _x_ Aktivitätsanforderungen _x_ Klienten-Faktoren _x_Werte, Glaube und Spiritualität _x_Körperfunktionen ___ Körperstrukturen	Aktuelles und Ansichten (OTPF / Performanzfertigkeiten / Kommunikations-Interaktionsfertigkeiten) **„Relaxation“** → ein/e Umfeld/Umwelt erstellen, um Stress zu minimieren und Konzentration und Energie zu steigern (OTPF / Kontextfaktoren (alle)) **„Solution for wellness“** → Fördern eines gesünderen Lebensstils durch Aufklärung/Schulung (OTPF / Performanz in Betätigungsbereichen / Bildung & IADL) **„Recreation group“** → Klienten sollen motiviert/unterstützt werden, sich auf spezifische Aktivität zu konzentrieren und dabei das Gefühl haben, etwas geleistet zu haben (Erfolgserlebnis) (OTPF / Klienten-Faktoren / Körperfunktionen & Aktivitätsanforderungen) **„Confidence building group“** → aktueller Selbstwert und Vertrauen analysieren und Strategien erlernen, um diese zu verbessern (OTPF / Performanz in Betätigungsbereichen / Bildung & Klienten-Faktoren / Werte, Glauben und Spiritualität) **„Out and about** - **re-sozialisation group**“ → soziale Kontakte mit dem Alltagsleben pflegen (OTPF / Performanz in Betätigungsbereichen / Soziale Partizipation)
STUDIENDESIGN: Welches Design hatte die Studie? ___ Ethnographie ___ grounded theory ___ Partizipative Handlungsforschung _x_ Phänomenologie andere _____	Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)? Die Phänomenologie will Erfahrungen der Lebenswelt einer Person oder Gruppe verstehen und interpretieren. Da es in dieser Studie darum geht, die Erfahrungen von Klienten in therapeutischen Gruppenprogrammen der Akutpsychiatrie zu verstehen, ist das gewählte Design passend zur Studienfrage.
Verwendete Methode(n): ___ teilnehmende Beobachtung _x_ Interviews ___ historische Forschung ___ Fokusgruppen andere _____	Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet wurde(n). In-depth semi –structured interviews (halbstrukturierte Tiefeninterviews) wurden zur Datenerhebung verwendet. Diese wurden durch einen Interviewablaufplan strukturiert und aufgenommen und abgetippt nach der „method of thematic content analysis“ von Bunard’s (1991).
STICHPROBENAUSWAHL:	Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der

Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben? _x_ Ja ___ Nein Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war? _x_ Ja ___ Nein ___ nicht angegeben	Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen? Die Stichprobe wurde durch Abgabe von Informationsblättern durch die Gruppenleitung der Institution rekrutiert. Klienten mussten folgende Bedingungen erfüllen: Über 18 Jahre alt sein, mindestens 2 Wochen in der Akutpsychiatrie sein und mindestens 4 Gruppenangebote pro Woche besuchen. Interessierte Klienten konnten sich direkt beim Forscher melden. 20 Klienten interessierten sich, wovon einige aufgrund ihrer schwerwiegenden psychischen Belastungen ausgeschlossen wurden. Nach 8 interviewten Klienten wurde die Redundanz der Daten erreicht.
Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? _x_ Ja ___ Nein ___ nicht angegeben	Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren. Ethische Bewilligung wurde bei der lokalen Ethikkommission (Teaching Hospitals Ethical Committee) eingeholt. Die Art der Studie wurde auf den Informationsblättern kommuniziert und die Teilnahme war freiwillig. Die Klienten hatten das Recht, sich jederzeit aus der Studie zurückzuziehen. Die Daten wurden vertraulich behandelt und anonymisiert.
DATENERHEBUNG: **Deskriptive Klarheit** Klare und vollständige Beschreibung von: Ort: _x_ Ja ___ Nein Teilnehmern: _x_ Ja ___ Nein Referenzen des Forschers _x_ Ja ___ Nein	Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das „Gesamtbild“ zu verstehen? Die Studie wurde in einer Psychiatrischen Akutklinik durchgeführt, wobei die Sichtweisen sich nur auf diese Klinik beziehen. Die Daten wurden erhoben, während die Klienten in Behandlung waren, was das Resultat evtl. beeinflusst hat. Die Studie gibt jedoch ein Bild darüber, was den Klienten wichtig ist. Auch wenn es nur eine kleine Stichprobe betrifft, sind die Informationen wichtig und hilfreich.
Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern ___ Ja _x_ Nein Angabe der Annahmen des Forschers “in Klammern” („bracketing“) ___ Ja _x_ Nein	Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte? Es sind zwei Forscher involviert, welche die Interviews in der psychiatrischen Klinik durchführten. Die Forscher sind unabhängig von der Institution und nicht am Gruppenangebot beteiligt. Die Rolle und Beziehung zu den Klienten ist jedoch nicht ausführlicher beschrieben.

Prozedurale Strenge Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge? _x_ Ja ___ Nein ___ nicht angegeben	Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das „Gesamtbild“? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung. Die Daten wurden über 6 Wochen mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviews erhoben (Dauer 20-45min). Die Daten wurden aufgenommen und mit einem Interviewplan strukturiert, der den Klienten vorgängig abgegeben wurde. Jeweils ein Forscher erhob die Daten und war nicht am Gruppenprogramm beteiligt. Es waren insgesamt 2 Forscher an der Studie beteiligt.
DATENANALYSE: **Analytische Genauigkeit:** War die Datenanalyse induktiv? ___ Ja ___ Nein _x_ nicht angegeben Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wieder? _x_ Ja ___ Nein	Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet? Die Daten wurden „wörtlich“ niedergeschrieben und mit „Burnard’s Methode (1991)“ analysiert. Es traten kategorische Themen auf in den Grobdaten, in welche sich die Daten einordnen liessen. Die Aussagen wurden während der Interviews zusammengefasst und die Klienten hatten die Möglichkeit, Aussagen zu präzisieren oder zu korrigieren. Die Daten wurden von beiden Forschern unabhängig voneinander analysiert. Die Analysemethode nach Burnard’s (1991) ist nicht näher ausgeführt in der Studie.
Überprüfbarkeit Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben? ___ Ja _x_ Nein ___ nicht angegeben Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben? ___ Ja ___ Nein _x_ nicht angegeben	Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen. In der Studie wird lediglich beschrieben, dass sich aus den Daten bestimmte Kategorien ergaben, in die sich die Aussagen der Klienten einordnen liessen. Diese Kategorien werden mit Statements der Klienten in der Studie wiedergegeben, der genaue Pfad zur Findung dieser Kategorien ist jedoch nicht ausgeführt.
Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?	Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben

_x_ Ja ___ Nein	haben. Wie die Konzepte geklärt und verfeinert wurden, ist nicht angegeben. Die Ergebnisse sind aber dennoch von ergotherapeutischer Relevanz. Auch wenn die Daten kein spezifisches Konzept ergeben, können sie trotzdem hilfreich sein für die Planung ergotherapeutischer Gruppen.
VERTRAUENSWÜRDIGKEIT Wird Triangulierung angegeben, nach Quellen/Daten _x_ Ja ___ Nein Methoden _x_ Ja ___ Nein Forscher _x_ Ja ___ Nein Theorien ___ Ja _x_ Nein Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren? ___ Ja _x_ Nein ___ nicht angegeben	Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Es wurden mehrere Personen einbezogen zur Datengewinnung. Die Methoden der Datenerhebung und Analyse beschränkt sich auf ein halbstrukturiertes Interview und auf „Burnard's Methode (1991)". Es waren 2 Forscher an der Erhebung beteiligt, welche die Daten unabhängig voneinander analysierten. Theorien bei der Bewertung der Daten werden nicht genauer beschrieben. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit Aussagen zu konkretisieren, jedoch nicht im Sinne eines üblichen „Member checking" als Überprüfung der Resultate.
SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen? _x_ Ja ___ Nein	Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichen Begrenzungen der Studie? Die Studie besagt, dass Gruppentherapie als wirkungsvoll erlebt wird. Sie beschreibt, was den Klienten bei Gruppenangeboten wichtig ist. Für die Ergotherapie sind folgende Klientenaussagen relevant: *Es braucht verschiedene Gruppenangebote, einerseits Diskussionsgruppen, aber auch Aktivitätsgruppen. Die Klientenzentriertheit spielt eine grosse Rolle bei der Wahl des Gruppenthemas. Auch, dass Klienten mehr von homogenen als von heterogenen Gruppen profitieren, da somit die Bedürfnisse der Teilnehmer ähnlich sind.* Für die Zukunft heisst es, dass auch ET-geleitete Gruppen erforscht werden sollten, um einen verständlichen Überblick zu bekommen, wie Klienten diese Angebote erleben. Allgemein ist der psychiatrische Bereich von Ergotherapiegruppen aus Klientensicht noch wenig erforscht und notwendig, um eine evidenzbasierte Praxis anzubieten.

C. Beeinflusste Gegenstandsbereiche des *OTPF* aus Tabelle 8

C.1. Performanz in den Betätigungsbereichen

„Ergotherapeuten richten ihre Fachkenntnis auf die weite Spannbreite menschlicher Betätigung und Aktivitäten, die das Leben von Menschen ausmachen. Wenn Ergotherapeuten mit einer […] Gruppe […] arbeiten, um Eingebundensein in Betätigungen und Alltagsaktivitäten zu unterstützen, berücksichtigen sie all die vielen Arten von Betätigungen, in die eine […] Gruppe […] sich möglicherweise einbinden könnte. Diese menschlichen Aktivitäten sind in Kategorien von „Betätigungsbereichen“ gegliedert […]. Ergotherapeuten nutzen ihre Fachkenntnis, um Performanz-Angelegenheiten in einem oder in allen Betätigungsbreichen anzusprechen, die die Fähigkeit einer Person beeinflussen, sich in Betätigungen oder Aktivitäten einzubinden. Die Ausrichtung auf Performanz-Angelegenheiten erfordert Wissen darüber, welche Performanz-Fertigkeiten notwendig sind und welche Performanz-Muster genutzt werden.“ (Reichel, 2005, S. 67)

C.2. Performanzfertigkeiten

„Fertigkeiten sind kleine Einheiten der Performanz. Sie kennzeichnen, was jemand tut (z.B. bücken, wählen, schauen) gegenüber dem Leistungsvermögen oder den Körperfunktionen (z.B. Gelenkbeweglichkeit, Motivation, Sehschärfe), die dem zugrunde liegen. „Fertigkeiten sind beobachtbare Elemente von Handlung, die implizite funktionale Ziele/Zwecke haben.“ (Fisher & Kielhofner, 1995, S. 113). […] Das Durchführen einer Performanz-Fertigkeit geschieht, wenn der Ausführende, der Kontext und die Anforderungen der Aktivität in der Aktivitätsausführung zusammenkommen. Jeder dieser Faktoren beeinflusst die Ausführung der Fertigkeit und kann die Ausführung der Fertigkeit unterstützen oder behindern.

Wenn Ergotherapeuten Performanz analysieren, identifizieren sie speziell die Fertigkeiten, die effektiv oder ineffektiv für die Performanz sind. Sie setzen qualifizierte Beobachtungen ein und ausgewählte Assessments, um die folgenden Fertigkeiten zu evaluieren: Motorische Fertig-

keiten […], Verarbeitungsfertigkeiten […], Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten […].“ (Reichel, 2005, S. 67)

C.3. Performanz-Muster

„Performanz-Muster meinen Gewohnheiten, Routinen und Rollen, die von einer (Einzel)Person angenommen wurden, wenn sie oder er Betätigungen oder Alltagsaktivitäten ausführt. Gewohnheiten meinen spezifisches automatisiertes Verhalten, während bestehende Routinen (Ab)Folgen von Betätigungen oder Aktivitäten sind, die eine Alltagsstruktur darstellen. Rollen sind „eine Gruppe von Verhaltensweisen, über deren Funktion soziale (gesellschaftliche) Einigkeit besteht und für die es akzeptierte Normen gibt“ (Christiansen & Baum, 1997, S. 603). Performanz-Muster entwickeln sich über Zeit und sind durch den Kontext beeinflusst.“ (Reichel, 2005, S. 69)

C.4. Kontext

„Kontext bezieht sich auf eine Vielzahl von miteinander zusammenhängenden Bedingungen innerhalb des Klienten und ihn umgebend, die seine Performanz beeinflussen. Diese Kontexte können kulturell, physisch, sozial, persönlich, spirituell, zeitlich und virtuell sein. […] Wenn Ergotherapeuten versuchen, Performanz-Fertigkeiten und –Muster zu verstehen, berücksichtigen sie die speziellen Kontexte, die die Performanz einer bestimmten Betätigung oder Aktivität umgeben. In diesem Prozess berücksichtigt der Therapeut alle relevanten Kontexte und bedenkt dabei, dass einige davon nicht die bestimmten Fertigkeiten und Muster beeinflussen, die angesprochen werden.“ (Reichel, 2005, S. 69)

C.5. Klienten-Faktoren

„Performanz kann durch Faktoren beeinflusst werden, die dem Klienten innewohnen. Ergotherapeuten haben Sachkenntnis über die Vielzahl physischer, kognitiver, und psychosozialer Klienten-Faktoren, die die Entwicklung und Performanz beeinflussen und wie Krankheit, Gesundheitsstörungen und Behinderung diese Faktoren beeinträchtigen. Der Ergotherapeut erkennt, dass Klienten-Faktoren die Fähigkeit beeinflussen, sich in Betätigung einzubinden und das Eingebundensein in Betätigung

ebenso die Klienten-Faktoren beeinflussen kann. Sie wenden ihr Verständnis dieser Interaktion an und setzen es im gesamten Behandlungsverlauf ein.
Klienten-Faktoren beinhalten folgendes: Körper-Funktionen […], Körperstrukturen […].“ (Reichel, 2005, S. 70)

D. Quellenverzeichnis des Anhangs

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 2nd Edition. *American Journal of Occupational Therapy, 62,* 625-683.

Bryant, W., Craik, C. & McKay, E. (2004). Living in a glasshouse: Exploring occupational alienation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(5),* 282-289.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today 11,* 461–466.

Fisher, A., & Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation: Theory and application.* Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.

Haley, L. & McKay, E. (2004). ´Baking Gives You Confidence´: Users´ Views of Engaging in the Occupation of Baking. *British Journal of Occupational Therapy, 67(3),* 125-128.

Hutcheson, C., Ferguson, H., Nish, G. & Gill, L. (2010). Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital. *British Journal of Occupational Therapy, 73(3),* 121-128.

Kelly, M., Lamont, S. & Brunero S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy, 73(3),* 129-135.

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.

O'Brien, P., Dyck, I., Caron, S. & Mortenson, P. (2002). Environmental analysis: Insights form sociological and geographical perspectives. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69(4),* 229-238.

O'Donovan, A. & O'Mahony, J. (2009). Service users'experiences of a therapeutic group programme in an acute psychiatric inpatient unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16,* 523-530.

Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie.* Idstein: Schulz-Kirchner.