Schule für Ergotherapie Biel

Handlungskonzepte in der Ergotherapie

Projekt “Erarbeitung berufsfeldorientierter Lernziele in der ET-Ausbildung“ (Projekt BOL) 1988

August 2007

INHALTSVERZEICHNIS

1. AUFGABEN MIT PATIENTEN

1.1. Tätigkeitsbereich Erfassung

1.2. Tätigkeitsbereich Planung

1.3. Tätigkeitsbereich Durchführung

1.4. Tätigkeitsbereich Auswertung

2. WEITERE AUFGABEN

2.1. Tätigkeitsbereiche Zusammenarbeit, Organisation/Administration, Führung

2.1.1. Tätigkeitsbereich Zusammenarbeit

2.1.2. Tätigkeitsbereich Organisation/Administration

2.1.2. Tätigkeitsbereich Führung

2.2. Tätigkeitsbereich Öffentlichkeitsarbeit

2.3. Tätigkeitsbereich Psychohygiene

2.4. Tätigkeitsbereich Fort- und Weiterbildung

2.5. Tätigkeitsbereich Ausbildungsaufgaben

2.6. Tätigkeitsbereich Berufsentwicklung

1. AUFGABEN MIT PATIENTEN

1.1 Tätigkeitsbereich: Erfassung

Zusammenfassung
Der ET kennt verschiedene Erfassungsverfahren (Vorgehen/Kriterien). Er versucht, die Handlungsfähigkeit eines Patienten einzuschätzen, d.h. er erfasst die personalen, die sozialen sowie die äusseren Bedingungen, die das Handeln eines Patienten bestimmen.

Ausführungen

1. Der ET ist sich bewusst, dass Erfassung zu Beginn einer Therapie erfolgt, dass sie jedoch nicht abgeschlossen wird, sondern Bestandteil des therapeutischen Vorgehens bleibt i. S. einer permanenten Erfassung der Therapiewirkungen und weiterer Einflüsse auf den Patienten.

2. Der ET kennt verschiedene Informationsquellen und Ihre Bedeutung für die Erfassung des Patienten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Die Informationsquellen, die der ET benutzen kann, sind je nach Institution verschieden. In der Regel holt der ET Informationen beim Arzt, Pflegepersonal, Angehörigen, Physiotherapeut, Logopädie und den zuständigen Sozialdiensten. Ggf. ebenfalls bei Ergotherapeuten, die den Patienten vorbehandelt haben. Vor der Erstbegegnung mit dem Patienten informiert sich der ET über den Grund der Einweisung. Eine günstige Form der Informationsbeschaffung/ -vermittlung sind die Pflegeplansitzungen und Stationsrapporte sowie ein detailliertes Anmeldeformular für ET. Eine wichtige Informationsgrundlage ist das direkte Gespräch mit dem Patienten, sofern dies möglich ist. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten wird prinzipiell angestrebt, kann jedoch je nach Zustand des Patienten sehr erschwert/eingeschränkt sein. Dies gilt für alle derartigen nachfolgenden Formulierungen.	Der ET holt in der Regel vor dem Erstkontakt mit dem Patient Information ein vom behandelnden Arzt, aus diagnostischen Berichten, aus Krankengeschichten sowie aus Operationsberichten und Röntgenaufnahmen. Gründlich informiert er sich über vorhandene Risikofaktoren. Wenn nötig, holt er Informationen ein von den Angehörigen, den Vertretern der Pflege, von weiteren Therapeuten sowie von internen und externen Sozialdiensten und dem Arbeitgeber des Patienten.	Erstinformationen erhält der ET in der Regel durch den zuweisenden Arzt. Weitere Informationen holt sich der ET von den Eltern, von anderen Therapeuten oder vorbehandelnden ET sowie von Schulpsychologen, LehrerInnen und KindergärtnerInnen. Gründlich informiert sich der ET über Risikofaktoren. Bei zunehmender Berufserfahrung beschränkt der ET in der Regel bewusst die Vorinformationen. Wichtig ist, dass Elterninformationen, wann und wie immer sie kommen, aufgenommen werden.	Der ET bezieht seine Informationen vom zuständigen Arzt, aus der Krankengeschichte, von anderen Therapeuten, den Vertretern der Pflege sowie von Familienangehörigen und vom Arbeitgeber. Eine wichtige Informationsgrundlage bildet (sofern möglich) das direkte Gespräch mit dem Patienten (Eigenanamnese). Eine günstige Form ist das Dreiergespräch zwischen Arzt – Patient – ET. Vor dem Erstkontakt informiert sich der ET über Risikofaktoren (Suizidgefahr/Fluchtgefahr u.ä.) sowie ggf. über die aktuelle Problematik des Patienten.

3. Der ET informiert sich über die Problemstellungen des Patienten aus der Sicht der zuweisenden Stellen. Er überprüft, ergänzt, bzw. stellt ggf. die Indikationen zur Ergotherapie.

Bereich Geriatrie	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie	Bereich Psychiatrie:
Die zuweisende Stelle ist in der Regel der zuständige Arzt. Häufig stellen aber ebenfalls Vertreter des Pflegepersonals der Physiotherapie sowie der ET selbst Anträge für eine ergotherapeutische Behandlung des Patienten. Die zuweisenden Stellen formulieren die Problem-	In der Regel überweist der Arzt den Patienten in die Ergotherapie ggf. nach Absprache mit dem zuständigen Arzt, auch der Physiotherapeut oder der vorbehandelnde ET. Im Arbeitsbereich Physiatrie sind folgende Störungen, Erkrankungen, Behinderungen häufig:	Die Zuweisung ist je nach Institution unterschiedlich. In Kliniken geschieht dies meistens durch den zuständigen Arzt. Ebenfalls zugewiesen werden Kinder durch Früh- und Erziehungsberatungsstellen sowie durch Physiotherapeuten, evtl. auch durch Logopäden. In schulischen Institutionen weist sich der ET in Ab-	In der Regel ist die zuweisende Stelle der zuständige Arzt. Oft kommt es aber auch zu Zuweisungen durch die entsprechende Abteilung oder zu einer „Selbstzuweisung“ des ET aufgrund des Zustandsbildes des Patienten. Je nach Institution existieren unterschiedlich weit

stellungen des Patienten häufig sehr allgemein und offen. Deshalb ist eine Konkretisierung der Problemstellungen durch den ET von Bedeutung. Interessiert an der Klärung der Problemstellungen sind bei Einzeltherapien die zuweisenden Stellen, bei Gruppentherapien vor allem die Vertreter der Pflege. In der ergotherapeutischen Arbeit in diesem Bereich sind 2 Patientengruppen häufig: Geriatrie- resp. Psychogeriatriepatienten sowie Langzeitpatienten. Beide Patientengruppen sind gekennzeichnet durch Abbau ihrer körperlichen und/oder geistigen Kräfte infolge Mehrfacherkrankung. Häufige Krankheiten sind senile Demenz (div. Formen), diverse Erkrankungen des Zentralnervensystems (wie z.B. Multiple Sklerose), Parkinson, rheumatische Erkrankungen (wie z.B. chron. Polyarthritis, Hirnschädigungen, Schlaganfälle, Osteoporose, Dekubitus sowie ein schlechter Allgemeinzustand. In Spitalabteilungen, Alterspflegeheimen, werden zunehmend Psychogeriatriepatienten eingewiesen. Gründe: Diverse Formen der senilen Demenz und ihre Auswirkungen wie Verwirrtheit, Depression, Resignation und Vereinsamung, Depression, Resignation und Vereinsamung. In Pflegeheimen sind zunehmend sehr stark pflegebedürftige alte Menschen anzutreffen.	- im Bereich Neurologie: Erkrankungen und traumatische Veränderungen im Zentralnervensystem wie Rückenmarksläsionen, Amyotropische Lateralsklerose, Guillain-Barré Syndrom, Poliomyelitis, Multiple Sklerose, Parkinson, cerebrovaskulärer Insult, Schädel-Hirntrauma, Hirntumore (Status nach Hirntumor-Operation) - im Bereich Rheumatologie: Degenerative und entzündliche Veränderungen des Haltungs- und Bewegungsapparates wie Arthrose und Arthritis. - im Bereich Orthopädie/Traumatologie: Traumatische Veränderung des Haltungs- und Bewegungsapparates wie Frakturen Sehnenläsionen; Kongenitale Missbildungen; periphere Nervenläsionen, Amputationen; Verbrennungen - in weiteren medizinischen Bereichen: Sehbehinderungen, Herz-, Lungen- und Kreislauferkrankungen; psychosomatische Erkrankungen. Die Problemstellungen des Patienten werden meistens von den zuweisenden Stellen sehr offen formuliert. Interessiert an einer detaillierten Klärung der Problemstellungen sind in der Regel der Arzt, Angehörige, Vertreter der Pflege und anderer Therapien sowie der Arbeitgeber und die Versicherungen.	sprache mit dem Schulteam die Kinder oft selbst zu. Die zuweisenden Stellen formulieren die Problemstellungen des Kindes unterschiedlich konkret. Häufig wird das Augenfälligste beschrieben. Interessiert an der Klärung der Problemstellungen sind fast immer die Eltern (Was kommt auf uns zu?), ebenfalls die Ärzte sowie Lehrer und Erzieher, die häufig inhaltliche Fragen haben. Interessiert ist ebenfalls der zuständige Kostenträger. In der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern sind folgende Störungen, Erkrankungen und Behinderungen häufig: Cerebrale Bewegungsstörungen, Schädel-Hirn-Trauma, Verbrennungen, neurometabolische Erkrankungen, Rückenmarkerkrankungen/-verletzungen, neurologische Krankheiten, Muskelerkrankungen, Missbildungen, chirurgische Krankheitsbilder, Läsionen peripherer Nerven, rheumatische Krankheitsbilder, geistige Behinderungen, Sinnesbehinderungen, kinderpsychiatrische Krankheitsbilder.	gefasste Indikationen zur Ergotherapie. Klarere, standardisierte Indikationen wären noch zu erarbeiten. Die Störungen der Patienten werden krankheitsbildorientiert (Schizophrenie, Depression, Neurose, Sucht/Abhängigkeiten) oder symptomorientiert beschrieben. Diese beiden Ansätze gelten als gleichwertig. Wichtig für die Erfassung und Behandlung ist im Weiteren, ob es sich um einen akutkranken oder um einen chronischkranken Patienten handelt. Die Problemstellungen des Patienten werden sehr unterschiedlich konkret beschrieben. In einigen Institutionen existieren Aufnahme- und Zuweisungsformulare, die die Erfassung des Zustandsbildes und der Problemstellungen des Patienten erleichtern (Angaben über aktuelle Situation, Grundproblematik, soziale Situation, Gesamtziele und besondere Vereinbarungen). Interessiert an einer Klärung der Problemstellungen aus ergotherapeutischer Sicht sind meistens die Vertreter des entsprechenden Behandlungs- und Betreuungsteams sowie die Kostenträger (Krankenkassen/IV).

4. Der ET kennt verschiedene Beobachtungstechniken:

Bereich Geriatrie: Wichtig ist die Wahrnehmung des Verhaltens des Patienten in bewusst beobachteten Situationen als auch in Situationen, in denen er sich nicht beobachtet erlebt.	Bereich Physiatrie: Der ET beobachtet den Patienten unter bestimmten Gesichtspunkten in strukturierten und unstrukturierten Situationen. Günstig ist für gewisse Beobachtungen auch der Einsatz von Mitteln wie Foto und Video (s. auch 42).	Bereich Pädiatrie: Der ET beobachtet unter verschiedenen Gesichtspunkten das Spontanverhalten sowie das Verhalten in strukturierten Situationen.	Bereich Psychiatrie: Der ET verwendet unstrukturierte und strukturierte Beobachtungstechniken.

5. Er wählt geeignete Erfassungsverfahren (Tätigkeits- und Verhaltensbeobachtungen, Tests, Messungen, Skalen u.a.m.) und setzt diese ein, um die personalen Handlungsvoraussetzungen des Patienten zu erfassen.

Bereich Geriatrie:

Tätigkeitsbeobachtungen sowie Selbsthilfe- und Haushaltabklärungen sind einige der wichtigen ergotherapeutischen Erfassungsverfahren in diesem Arbeitsfeld. Ergänzt werden sie durch Beobachtung des Gruppenverhaltens des Patienten. In der Arbeit mit alten Menschen ist die Tätigkeitsbeobachtung über längere Zeiträume (Spannungsbogen des Pat.) erforderlich. Dies gilt auch für die Durchführung von Testen. Die personalen Handlungsvoraussetzungen werden im seelisch-geistigen wie im körperlichen Bereiche umschrieben.

Bereich Physiatrie:

Es gibt eine ganze Reihe krankheitsspezifischer und ausfallorientierter Erfassungsverfahren und Tests. Die ET-spezifischen Verfahren sind bis heute noch wenig standardisiert.
Eine Standardisierung und vermehrte Koordination wäre anzustreben. Die personalen Handlungsvoraussetzungen im Hinblick auf die Selbständigkeit und Fähigkeit zur Alltagsbewältigung des Patienten werden funktions- und tätigkeitsbezogen formuliert.

Bereich Pädiatrie

Im Vordergrund der Erfassungsverfahren steht die Beobachtung des Kindes während freien und strukturierten Tätigkeiten im Therapieraum zu Hause und/oder in der Schule. Mit steigenden Berufserfahrungen entwickelt der ET meistens eigene (in der Regel nicht mit anderen ET gemeinsam standardisierte) Tests (Standardtätigkeiten, die mit Entwicklungsskalen und mit Entwicklungsverläufen anderer Kinder verglichen werden). Entsprechende Verfahren wären noch zu standardisieren. Für jüngere Kinder existieren wenig konkretisierte Erfassungsverfahren. Von grosser Bedeutung für die Erfassung ist das Gespräch, sofern möglich, mit dem Kind sowie mit den Bezugspersonen. Die personalen Handlungsvoraussetzungen eines Kindes werden in der Regel im sensorisch-kognitiven sowie im emotional-sozialen Bereiche umschrieben. In medizinischen Institutionen werden die Handlungsvoraussetzungen eher funktionsorientiert, in schulischen Institutionen eher tätigkeitsorientiert umschrieben.

Bereich Psychiatrie:

Beobachtet wird der Umgang des Patienten mit sich selbst, mit anderen sowie mit Material. Besonderes Schwergewicht hat die Beobachtung des Patienten beim Ausführen von Handlungen und Lösen von Aufgaben. Die personalen Handlungsvoraussetzungen werden meistens verhaltensorientiert beschrieben. Angaben über günstige Erfassungsverfahren bei bestimmten Patientengruppen werden zusammengestellt. Besonders geeignet sind Verfahren, die mithelfen, die Beziehung des Patienten zu sich (auch Körperbeziehung), zum momentanen Umfeld (Klinik/ Mitpatienten/Personal und zur eigenen realen Lebenssituation zu erfassen.
Fundamentale Bedeutung für die Erfassung hat das Gespräch mit dem Patienten. Dort, wo dies nicht möglich ist, versucht der ET über Mittel wie Marionettenspiel, Bilderbuch, Musik, Malen u.ä. in Kontakt zum Patienten zu kommen und indirekt zu erfahren, an was der Patient Interesse hat, bzw. was er je gern gehabt/ gemacht hat/hätte. Die Erfassung wird dort massiv erschwert, wo der Patient der Ergotherapie mit Desinteresse oder Ablehnung gegenübersteht. Hier muss der ET einen Mittelweg finden, in der Bemühung um den Aufbau einer Motivation des Patienten und der Situation „des sich dem Patienten auf der Abteilung anbieten". Diese Situation kann je nach Therapieziel kontraproduktiv (Konsumhaltung u.ä.) wirken. Dort wo der Kontakt des Patienten zum ET sehr gestört ist und keine Klärung erfolgen kann, ist es sinnvoll, den Patienten ggf. an einen anderen Kollegen des ET-Teams weiterzugeben.

6. Zugleich versucht er die Wirkungen der sozialen und äusseren Bedingungen auf die Handlungsfähigkeit des Patienten einzuschätzen, indem er sich mit der Alltagssituation des Patienten und seiner Angehörigen in verschiedenen Lebensbereichen auseinandersetzt (durch Abklärungen, Besuche u.a.).

Bereich Geriatrie:

Von Bedeutung ist die Beobachtung des spontanen Umgangs (nonverbale/verbale Interaktionen) von Mitpatienten und Angehörigen des Patienten mit dem Patienten. In Alters- und Pflegeheimen ist diese Beobachtung eher mittelbar möglich (z.B. anlässlich von Besuchen oder wenn Angehörige betreuerische

Bereich Physiatrie:

Der ET versucht die sozialen Umfelder des Patienten in der Familie und am Arbeitsplatz sofern möglich, durch Beobachtung, oft aber durch Gespräche zu erfassen. In der Ersterfassung werden auch die äusseren Handlungsbedingungen durch Gespräche aufgenommen. Häufig erst während der Behandlung

Bereich Pädiatrie:

Die Erfassung der sozialen Bedingungen in den verschiedenen sozialen Umfeldern (Bezugsverhältnisse/Lebensbereiche) eines Kindes ist oft sehr komplex und kann nur ansatzweise realisiert werden. Wichtig ist die Erfassung der Familiensituation, bei Schulkindern auch die Erfassung der Schulsituation.

Bereich Psychiatrie:

Die Erfassung der sozialen und äusseren Bedingungen ist im „Schonraum" Klinik oft erschwert, da der Patient in der Klinik und zu Hause oft in sehr unterschiedlichen sozialen Bezugsfeldern lebt. Günstig für die Erfassung der sozialen Bedingungen sind systemorientierte Ansätze. Die äusseren

Aufgaben bei einem Patienten übernehmen). Für die Erfassung der äusseren Handlungsvoraussetzungen sind Hausabklärungen wichtig, in Pflegeheimen sind Besuche auf der Abteilung und im Zimmer des Patienten (z.B. während der Essenszeit notwendig.	finden dann aber oft direkte Haus- und Arbeitsplatzabklärungen statt.	Relativ gut können die äusseren Handlungsaussetzungen erfasst werden.	Bedingungen werden häufig in Gesprächen mit dem Patienten, mit Angehörigen und dem Arbeitgeber zu erfassen versucht. Wichtige Angaben für diesen Bereich kann der ET vom zuständigen Sozialarbeiter erhalten. In der Rehabilitationsphase macht der ET, sofern nötig, entsprechende Haus- und Arbeitsplatzabklärungen.

7. Der ET führt die Erfassung in einer Art durch, die der Persönlichkeit, dem Alter und dem Zustand des Patienten sowie seiner Bezugspersonen entsprechen und versucht, sich in die Lage des Patienten und seiner Bezugspersonen einzufühlen.

Bereich Geriatrie: Für viele Patienten ist der Übertritt in die Institution ein häufig unvorbereiteter Schritt, der Gefühle der Ohnmacht, des Ausgeliefertseins, des Abgeschobenwerdens auslösen kann. Das Leben in einer noch unvertrauten Umgebung in 2er oder 4er-Zimmern verbunden mit Schmerzen und den Gefühlen von Einsamkeit, Verlassenheit und Trauer über die verlorene Selbständigkeit kann zu Aggressionen, Apathie, Regression, zu Lebensüberdruss und zur Krankheitsablehnung führen. Erschwert wird die Situation, wenn zwischen Patient und Angehörigen Spannungen und Schuldgefühle bestehen. Häufig kommt es durch die Einweisung des Patienten zu massiven Bewegungen im Familiengefüge.	Bereich Physiatrie: Häufig wissen Patienten wenig über die medizinische Behandlung und schätzen ergänzende Informationen des ET. Bei bleibenden Unfallschäden oder chron. Erkrankung wird meistens eine Neugestaltung des Lebens mit der Behinderung notwendig. Oft müssen neue Interessen und Werte gesucht werden. In Partnerbeziehungen und Familiengefügen kann dies zu Rollenwechseln führen, die mit Gefühlen von Überforderung, Stress und Überbelastung, teilweise auch mit Schuldgefühlen und Verunsicherung durch Persönlichkeitsveränderungen verbunden sein können. Nicht zuletzt kann die neue Situation mit erheblichen finanziellen Problemen verbunden sein.	Bereich Pädiatrie: Für Unfallkinder wirkt die verlorene Selbständigkeit häufig schockartig. Kinder mit negativem Krankheitsverlauf beginnen sich mit dem Sterben und dem Tod auseinanderzusetzen (Lebenssinn). Phasenweise sind Kinder mit Krankheits- resp. Behinderungseinsicht verzweifelt über ihre Lage. Oft erleben sich behinderte Kinder auch im Spannungsfeld der unterschiedlichen Fördervorstellungen der Eltern – Erzieher/Lehrer – Therapeuten. Internate können behinderte Kinder hin und wieder etwas zu stark gegen aussen abschirmen. Mitbeeinflusst wird die Lage des behinderten Kindes und seiner Familie durch die gesellschaftliche Einstufung der Behinderungsart. Eltern benötigen Unterstützung in der Annahme der Behinderung ihres Kindes. Schockartig wirkt auf viele Eltern die Sonderschuleinweisung ihres Kindes. Es ist wichtig, dass der ET Verständnis hat für Betroffenheit, Schuldgefühle, Hoffnungen und Enttäuschungen und Abhängigkeitsgefühle der Eltern. Ein gutes Bezugsverhältnis zu Eltern mit einem behinderten Kind ist Voraussetzung für eine Therapie. Dies gilt ebenfalls für Beziehungsverhältnisse zu Lehrern bei Schulkindern.	Bereich Psychiatrie: Die Lebenssituationen der Patienten sind je nach Persönlichkeit, Lebensgeschichte und krankheitsbedingter Symptomatik sehr unterschiedlich. Vielfach ist der auslösende Faktor für einen (ersten oder weiteren) Krankheitseinbruch eine aktuelle Veränderung im Leben des Patienten (Lebenszyklus/Lebensabschnitte wie Pubertät, Geburt eines Kindes, Arbeitsplatzverlust, wegziehende Kinder, Tod eines Partners, Pensionierung). Für das Verständnis derartiger Situationen ist es von Vorteil, wenn der ET zu eigenen ähnlichen Erfahrungen Kontakt herstellen kann. Sofern dies nicht möglich ist, ist es notwendig, dass er sich mit Respekt und Achtsamkeit in die Lebenssituation des Patienten einfühlt und sie zu verstehen versucht.

8. Er vergleicht seine Erfassungsergebnisse mit denjenigen anderer Therapiebereiche. Aufgrund der Erfassung arbeitet der ET in Zusammenarbeit mit Patient, Angehörigen und Behandlungsteam die Problemstellungen des Patienten heraus und begründet diese kriterienorientiert.

Bereich Geriatrie: Häufige Problemstellungen liegen in der ungewissen Zukunft in der Bewältigung der neuen Alltagssituation, im veränderten Tagesrhythmus, in der Auseinandersetzung mit der verminderten Leistungsfähigkeit, im Neuerlernen müssen von Alltagshandgriffen und Sitz- und Fortbewegungsmöglichkeiten (Sitzhaltung/ Rollstuhl).	Bereich Physiatrie: Die entsprechenden Problemstellungen sind meist krankheitsspezifisch differenziert ausformuliert (unter Berücksichtigung der emotional-sozialen Auswirkungen).	Bereich Pädiatrie: Relativ häufige Problemstellungen bei bestimmten Krankheitsbildern sind in entsprechenden Zusammenstellungen aufgelistet. In der Regel wird mit der Arbeit an <u>den</u> Problemstellungen begonnen, die Kind und Bezugspersonen am meisten belasten. Wünsche und Bedürfnisse des behinderten Kindes bilden einen wichtigen Anknüp-	Bereich Psychiatrie: Häufige Problemstellungen bei psychiatrischen Patienten sind Realitätsverlust, Kontrollverlust, verminderte Belastbarkeit, Verlust der Arbeitsfähigkeit, Antriebssteigerung oder –verminderung, Zwangshandlungen sowie Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen. Der ET unterscheidet zwischen eher psychischen und eher sozialen

Die physischen Problemstellungen werden meistens konkret, die psychischen Problemstellungen eher allgemein formuliert. Häufig ist es wichtig, physische und psychische Voraussetzungen zu schaffen, damit der Patient (wieder) kommunizieren kann.		fungspunkt im Aufbau der Motivation. Ersterfolge verstärken die Mitarbeit des Kindes in der Therapie. Die Problemstellungen werden funktions- und tätigkeitsorientiert beschrieben und erfahren während der Behandlung eine weitere Differenzierung.	Problemstellungen.

9. Der ET ordnet und gewichtet die Problemstellungen unter Einbezug des Patienten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtige Kriterien für diesen Schritt liegen in den Wünschen des Patienten. In den Wünschen der Abt./Station resp. der Angehörigen sowie in der Realisierbarkeit dieser Wünsche. Günstig sind erste Therapieschritte, die dem Patienten ein Erfolgserlebnis vermitteln können.	Ordnungs- und Gewichtungskriterien sind: Dringlichkeit / Gesetze der medizinischen Behandlung / Patientenbedürfnisse / Verbesserung der Lebensqualität / Lebensalter, soziale Situation und Belastbarkeit des Patienten / Zeit, die zur Verfügung steht / Konzept der Institution. Es gilt in Absprache mit dem Behandlungsteam möglichst optimale Kompromisse zu suchen zwischen den teilweise divergierenden Gesichtspunkten.	Ein grosses Gewicht hat die Förderung der Selbständigkeit. Miteinbezogen in diesen Arbeitsschritt wird ferner, ob für das behinderte Kind noch andere Therapieangebote bestehen sowie mit welchen Zielsetzungen diese Therapien arbeiten.	Der ET versucht zu entscheiden, welche Problemstellungen aktuell sind, ob der Umgang mit sich selbst, oder der Umgang mit anderen im Vordergrund stehen. Im Bereich der akuten Problematik werden Problemstellungen in der Regel differenzierter ausformuliert.

10. Auf diesen Grundlagen entwickelt er Möglichkeiten der ergotherapeutischen Problembearbeitung.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Diese liegen – wenn möglich – in der Durchführung von Selbsthilfe- und Haushalttrainings (ADL), in der Begleitung der Alltagsgestaltung sowie im Erhalten bzw. im Wiederaufbau der Gruppenfähigkeit und der physischen und kognitiven (Fähigkeiten (inkl. Realitätsbezug) durch entsprechende Aktivitäten. Wichtig in der ergotherapeutischen Arbeit mit diesen Patienten sind oft längere Behandlungsphasen i.S. eines Zusammenlebens und -erlebens.	Ergotherapeutische Möglichkeiten liegen im Selbständigkeits- und Haushalttraining, in der Anfertigung notwendiger Schienen und dem Einsatz von Hilfsmitteln/Adaptationen, in funktionsorientierten Trainingsprogrammen, in Massnahmen zur Schmerzbehandlung/ Desensibilisierung, in der Hilfe bei der Bewältigung von Problemen des täglichen Lebens und in der Veränderung resp. Anpassung der Wohn- und Arbeitssituation.	Diese Möglichkeiten sind in der Arbeit mit Kindern sehr breit und offen. Im Vordergrund steht das Tun und Erleben des Kindes sowie eine möglichst rasche Verbesserung der äusseren Handlungsbedingungen.	Im Vordergrund steht die Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie von musisch-kreativen, handwerklichen und geistigen Aktivitäten. Der ET hat die Möglichkeit, die Sozialkontakte des Patienten zu dosieren in der Durchführung von Einzel-, Klein-, resp. Grossgruppentherapien.

11. Der ET überprüft, ergänzt und korrigiert in Zusammenarbeit mit dem Patienten aufgrund seiner Beobachtungen und Erfahrungen in den konkreten Behandlungsarbeit fortlaufend seine Ergebnisse im Bereiche der Erfassung.

1.2. Tätigkeitsbereich: Planung

Zusammenfassung
Aufgrund der Erfassungsergebnisse formuliert der ET in Zusammenarbeit mit Patient, Angehörigen und Behandlungsteam im Rahmen der Gesamtbehandlung des Patienten Behandlungsziele und –programme und begründet diese**.**

Ausführungen

12. Der ET formuliert globale Behandlungsziele sowie konkrete Fern- und Nahziele.

Bereich Geriatrie:

Wichtige Zielsetzungen liegen in der Hilfe zu sinnvoller Gegenwartsgestaltung, in der Erhaltung grösstmöglichster Selbständigkeit sowie in der Hilfe zur Bewältigung der neuen Situation (Krankheit / Umgebung / offengebliebene Möglichkeiten/Grenzen), evtl. auch in der Vorbereitung der Rückkehr nach Hause. Hier ist es wichtig, dass der ET genügend Informationen hat, woher der Patient kommt.

Bereich Physiatrie:

Globales Behandlungsziel ist die Verbesserung der Handlungsfähigkeit des Patienten in der Bewältigung des täglichen Lebens sowie die Krankheits- resp. Behinderungsverarbeitung.
Die Zielsetzungen werden beeinflusst durch Alter, Motivation, Einsicht des Patienten, durch die prognostischen Erwartungen und durch die Tatsache, ob der Patient nach Hause zurückkehren kann, ob er im bisherigen Beruf weiterarbeiten kann oder ob eine Umschulung oder ein Übertritt in ein Pflegeheim notwendig wird.
Ebenfalls beeinflusst werden die Zielsetzungen durch die bisherige Dauer des Behandlungsweges.

Bereich Pädiatrie:

Wichtige Zielsetzungen liegen im Aufbau einer altersgemässen Selbständigkeit, in der Förderung einzelner Funktionsbereiche, in der Vermeidung von sekundären Schäden, in der Unterstützung des Verständnisses für sich und für die Umwelt.
Angestrebt wird ein möglichst positiver Entwicklungsverlauf trotz der Behinderung und ggf. auch die Eingliederung in Regelschulen durch Förderung und/oder Erhaltung der Mobilität und durch Anpassung der Umgebung (Hilfsmittel, Organisation des Arbeitsplatzes) u.ä.

Bereich Psychiatrie:

In der psychiatrischen Ergotherapie werden diagnosespezifische Behandlungsziele formuliert, beispielsweise bei

- Psychosepatienten:
  Innere Gespaltenheit („doppelte Buchführung“) erkennen und ertragen lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten realistisch einschätzen lernen und entwickeln, Förderung der Selbsthilfe und Selbstheilung. Aufbau resp. Erhaltung der sozialen Unabhängigkeit, u.a.
- Neurosepatienten:
  Aufbau bzw.
  Differenzierung der Beziehungsfähigkeit, Angstabbau und Umgang mit den Problemen, die durch das neurotische Verhalten entstehen.
  Wenn möglich, Erkennen und Aufarbeiten der Problematik, die der Neuroseentwicklung (exogen) zu Grunde liegt, u.a.
- Borderlinepatienten:
  Tendenz zur Polarisierung ihrer Gefühle („Schwarz-Weiss-Malerei“) erkennen und bewältigen lernen, Förderung einer echten Beziehungs-/Gruppenfähigkeit, u.a.
- Suchtpatienten:
  Selbstbild verbessern, Selbstwertgefühl stabilisieren, Entwicklung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit als Grundlage zur Resozialisation, u.a.
- Psychosomatischen Patienten:
  Einsicht in die somatisierte Problematik erlangen, Sozialisierung nach aussen richten u.a.

Die Formulierung der Behandlungsziele wird beeinflusst durch die Tatsache, ob es sich um einen Patienten handelt, der in einer Akutphase oder schon in eine Rehabilitationsphase steht. In der Aktuphase geht es vielfach darum, die Ich-Funktionen des Patienten zu stärken und ihn im Aufbau von Selbstvertrauen zu unterstützen. In der Rehabilitationsphase steht der Aufbau von Selbständigkeit, von Autonomie und Arbeitsfähigkeit im Vordergrund.
Ein generelles Ziel besteht darin, dem Patienten im

			Annehmen von bleibenden Krankheiten / Behinderungen / Einschränkungen zu helfen. Wichtig ist in vielen Fällen, dass der Patient lernt, einzuschätzen, wie es ihm geht, wann er selbständig Arbeit erledigen kann und wann er Hilfe benötigt. In der Formulierung der Nahziele wird der nächstmögliche Schritt anvisiert.

13. Er ordnet und gewichtet die Behandlungsziele kriterienorientiert (Dringlichkeit/Realisierbarkeit u.a.).

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Ein weiteres wichtiges Kriterium liegt in den Wünschen des Patienten.	Weitere Kriterien liegen in den Patientenwünschen, der Motivation des Patienten, seiner Einsichtfähigkeit sowie in den Stufen der Erholung, die nicht übersprungen werden können.	Kriterien für die Ordnung und Gewichtung der Behandlungsziele liegen neben der Dringlichkeit (s. 8) und Realisierbarkeit in der Belastbarkeit, in der Motivation und im Alter des Kindes sowie in den Möglichkeiten/Wünschen der Bezugspersonen. Einbezogen werden in die Überlegungen auch aktuelle Alltags-, Schul- und jahreszeitliche Themen.	s. 9

14. Der ET begründet die Ziele aufgrund der Erfassungsergebnisse.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Bei Patienten in Akut-, Tages- und Geriatriespitälern werden die Behandlungsziele zunehmend durch den Gedanken der Rehabilitation begründet/bestimmt.	Der ET begründet die Auswahl der Behandlungsziele (Prioritäten).	Der ET begründet vor allem die Auswahl der Behandlungsziele, d.h. er begründet einerseits das, was er anstrebt und andererseits das, was er – zugunsten des Anzustrebenden – weglässt. Generell liegt die Begründung für viele ergotherapeutischen Massnahmen in der Überzeugung, dass jedes Menschenleben, auch dasjenige des schwerstbehinderten Menschen, wertvoll ist. Das jeweilige Welt- und Menschenbild des ET prägt dessen Behandlungszielbegründungen. Die Reflexion dieser Zusammenhänge verläuft in der Regel sehr individuell (s. auch Einstellungen/Haltungen).	Die Begründung der Ziele wird stark durch den Auftrag und das Selbstverständnis der Institution (d.h. das Selbstverständnis der Vertreter der verschiedenen Therapiebereiche) bestimmt. Viele Ziele werden dadurch begründet, dass sie zur Verbesserung der Lebensqualität des Patienten beitragen.

15. Aus den Zielsetzungen entwickelt er entsprechende Behandlungspläne.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Für einzelne Krankheitsbilder (z.B. Hemiplegie) haben sich bestimmte Behandlungspläne besonders bewährt. Für die meisten Krankheitsgruppen werden aber individuelle Behandlungspläne ausgearbeitet. In Einzeltherapien werden die Behandlungspläne häufig differenzierter ausformuliert als in Gruppentherapien.	Es bestehen teilweise sehr differenzierte, krankheitsbildspezifische Behandlungspläne, die von ET-Teams entwickelt worden sind oder von anderen Gebieten in die ET übernommen worden sind. Ergänzt werden sie durch bestimmte z.B. Neurophysiologischen Methoden (Bobath u.a.) Diese Behandlungspläne werden dem einzelnen Patienten individuell angepasst.	Die Pläne werden sehr individuell ausgearbeitet. Es werden Programme für 1 Quartal / für 1 Jahr formuliert. Teilweise dienen Checklisten als Orientierungshilfen.Der ET formuliert längerfristige Behandlungspläne schriftlich, im Bewusstsein, dass er die einzelnen Elemente in der Durchführung der Behandlung der Momentanlage des Kindes anpassen wird.	Je nach Zielsetzung und Zustand des Patienten entscheidet der ET, ob die Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie (von Klein- bis Grossgruppe) durchgeführt wird. Weiter wird bestimmt, ob die Behandlung zentral oder dezentral stattfindet. Ein zielbezogener, symptomorientierter Katalog günstiger Mittel und Methoden wird erarbeitet. Der ET entscheidet, ob er gebundene, gemischte und/oder freie Techniken einsetzen wird und in welchen Phasen er voraussichtlich stützend - stabilisierend

			oder eher analytisch - aufdeckend - konfrontierend arbeiten wird.

16. Er plant das methodische Vorgehen und wählt in Absprache mit dem Patienten und ggf. seinen Bezugspersonen geeignete Tätigkeiten und Mittel.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Für die Arbeit mit diesen Patienten eignen sich einerseits Tätigkeiten mit nicht zu hohen feinmotorischen Anforderungen, andererseits auch Tätigkeiten, welche vielfach abgewandelt werden können (z.B. Drucken). Vielfach stehen eher prozess- und erlebnisorientierte Gruppenarbeiten im Vordergrund der therapeutischen Arbeit. Günstig ist häufig ein Einstieg auf der emotionalen Ebene. Bei MS- und Parkinsonpatienten sind Gespräche beispielsweise ein wichtiger Teil der Therapie, da die physischen Möglichkeiten oft stark begrenzt sind.	Methodisches Vorgehen sowie der Einsatz von Tätigkeiten und Mitteln sind sehr institutionsabhängig.	Der ET wählt alters- bzw. entwicklungsaltergemässe Tätigkeiten sowie die bei bestimmten Krankheitsbildern indizierten Mittel und Methoden. Bei kleinen Kindern hat neben der Bewältigung von Alltagssituationen das Spiel grosse Bedeutung. Bei älteren Kindern/Jugendlichen werden im Hinblick auf die berufliche Ausbildung/ Eingliederung entsprechende Tätigkeiten/Mittel eingesetzt. Methoden wie Bobath/Ayres werden in die ergotherapeutische Arbeit integriert.	In der Konkretisierung des meth. Vorgehens entscheidet der ET, ob die Behandlung in einer altersspezifischen oder gemischten resp. themenzentrierten/interessenorientierten Gruppe durchgeführt wird. Tätigkeiten wählt er aus dem Bereich der ADL, aus dem handwerklich-musischen Bereich sowie aus dem sozialen Bereich. Der ET führt immer wieder Materialanalysen durch und studiert die möglichen Erlebnisqualitäten.

17. Der ET erstellt individuelle Stunden-, Tages- und Wochenpläne für die Arbeit mit dem Patienten bzw. für den Patienten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Der ET versucht in der Erarbeitung dieser Pläne die besten Präsenzzeiten des Patienten, die Besuchszeiten sowie die Pläne der übrigen Dienste miteinzubeziehen.	Folgende Kriterien können die Gestaltung dieser Pläne beeinflussen: Schweregrad der Verletzung, private und berufliche Situation des Patienten, rollenspezifische Einschränkungen, zeitliche Disponibilität des Patienten, Möglichkeit zur Autotherapie, Behandlungskapazität der Institution, sonstige Therapien, die der Patient erhält.	Die Erstellung von Stunden- Tages- und Wochenplänen für die Arbeit mit Kindern ist stark institutionsabhängig. Der ET gibt Hinweise für eine kind- und behinderungsgemässe Stundenplan- und Tagesablaufgestaltung in enger Absprache mit dem Behinderten und seinen Bezugspersonen.	Kriterien für die Gestaltung dieser Pläne liegen in den Therapiestunden, im Tagesrhythmus und in der Belastbarkeit des Patienten, in der Medikation sowie in der Kapazität des Ergotherapeuten resp. der ET-Abteilung (in welcher Gruppengrösse und in welcher Gruppenzusammensetzung kann therapeutisch noch verantwortbar gearbeitet werden?)

18. Er gliedert die Behandlungsziele in Zusammenarbeit mit dem Patienten in sinnvolle, dem Patienten einsichtige Teilschritte auf.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Teilschritte erlebt der Patient dann als sinnvoll, wenn sie ihm Erfolgserlebnisse und/oder Bedürfnisbefriedigung vermitteln.	Sinnvoll werden Teilschritte für den Patienten, wenn er Erfolgserlebnisse hat und Heilungschancen in Prognosen durch den effektiven Heilungsverlauf bestätigt sieht.	Sinnvoll erlebt das Kind Teilschritte, wenn sie zu Erfolgserlebnissen und zu Bedürfnisbefriedigung führen. Derartige Erfahrungen verstärken die Motivation des Kindes für die Behandlung.	Sinnvoll erlebt der Patient Teilschritte in der Regel dann, wenn eine Bedürfnisbefriedigung im Vordergrund steht, wenn der Teilschritt angstabbauend wirkt und mit einem Erfolgserlebnis verbunden ist. Die Teilschritte helfen das Handlungsrepertoire des Patienten allmählich erweitern. Beispielsweise lernt eine Patientin vorerst eine Handlung (Milch kochen), dann mehrere Handlungen (Kartoffeln kochen und Salat zubereiten) ausführen. In einem weiteren Schritt lernt sie eine Mahlzeit zubereiten für so viele Personen, wie sie zuhause kochen muss. In einem letzten Schritt lernt die Patientin diese Tätigkeit unter Anleitung des ET zuhause auszuführen.

19. Der ET koordiniert seinen Behandlungsplan (Zielsetzungen/Programm/zeitl. Rahmen) mit den übrigen Rehabilitationsmassnahmen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
z.B. mit den pflegerischen Massnahmen, der Physiotherapie, dem Therapiebad, dem Altersturnen, der Logopädie, dem Singen, der Animation und den Gottesdiensten.	Die übrigen Rehabilitationsmassnahmen sind je nach Krankheitsbild sehr unterschiedlich. Häufig ist in vielen Fällen die durch den Arzt verordnete medikamentöse Therapie.	In der Arbeit mit Kindern liegen diese Massnahmen im pädagogischen/sonderpädagogischen Bereich und im medizinisch-therapeutischen Bereich (Medikation, Operation, Physiotherapie, Logopädie usw.).	Beispielsweise mit den psychotherapeutischen und medizinischen Massnahmen, mit den pflegerischen Massnahmen, mit dem Angebot an Aktionsgruppen (Musik, Tanz, Gespräche u.ä.) sowie mit den Massnahmen der Arbeitstherapie, des Übergangswohnheimes, der geschützten Werkstätte und der Berufsberatung.

20. Er schätzt mögliche Konsequenzen der Behandlung auf die Alltagsgestaltung des Patienten und seiner Angehörigen ein und plant entsprechende Massnahmen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung haben in der Regel die zunehmende/abnehmende Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Veränderung der Mobilität (z.B. durch Rollstuhl). In Partnerschaften kann es zu plötzlichen Rollenwechseln kommen (stark – schwach). Ansatzweise versucht der ET derartige Lernprozesse bei Patient und Partner zu begleiten. Bei ambulanten Patienten berücksichtigt der ET den Tagesablauf des Patienten für die Therapiezeit.	Konsequenzen auf die Lebens- und Alltagsgestaltung des Patienten haben die konsequente Anwendung bestimmter Therapiegrundsätze, die Durchführung von Heimprogrammen und die notwendigen Umstellungen im Haushalt, in der Freizeit und am Arbeitsplatz. Notwendig werden meistens eine Rollenhinterfragung und ein Akzeptierenlernenmüssen von Grenzen. Meistens müssen auch die Angehörigen im Umgang mit Patienten angeleitet werden.	Der ET antizipiert Konsequenzen auf die Gestaltung des Arbeits- und Spielplatzes, des Essplatzes zu Hause in der Schule sowie auf die Durchführung von Tätigkeiten zuhause, in der Schule und in der Freizeit.	Durch die ergotherapeutischen Massnahmen werden Eigenmotivation, Selbständigkeit und Unabhängigerwerden des Patienten unterstützt. Wichtig zur Stabilisierung dieser Fähigkeiten sind Transfergruppen, die die Übertragung in den Alltag aufbauen helfen. Häufig können die neu erlernten Verhaltensweisen in den sozialen Bezugsfeldern, in denen der Patient zuhause lebt, Verunsicherung und Widerstand bei den Angehörigen auslösen. Der ET bezieht die Begleitung derartiger Prozesse soweit als möglich in seine Planung mit ein.

1.3. Tätigkeitsbereich: Durchführung

Zusammenfassung
Der ET führt die Behandlung durch und passt Zielsetzungen und Methoden der jeweiligen Momentanlage des Patienten an. Er strukturiert eine Behandlungseinheit in eine Vorbereitungs-, eine Tätigkeits- und eine Abschlussphase.

Ausführungen

21. Vor Beginn der Behandlung richtet der ET den Arbeitsplatz ein und hält Einrichtungen und Material entsprechend dem Behandlungsziel bereit. Er berücksichtigt entsprechende Vorsichtsmassnahmen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Bei desorientierten Patienten versucht er das Weglaufen evtl. sich Verlaufen durch Abholen resp. Zurückbringen des Patienten evtl. unter Mithilfe von Mitpatienten zu verhindern. Bei motorisch unsicheren Patienten versucht er Sturz- und Verletzungsgefahren vorzubeugen durch entsprechende Hilfestellungen.	Die Einrichtung des Arbeitsplatzes kann je nach Zielsetzungen der Therapie als fester Bestandteil der Vorbereitungsphase gemeinsam mit dem Patienten durchgeführt werden. Der ET berücksichtigt schon in dieser Phase bestimmte gegebene Behandlungsprinzipien. Er passt Sitz- und Arbeitsfläche dem Patienten an,	Je nach den therapeutischen Zielsetzungen richtet der ET gemeinsam mit dem Kind den Arbeitsplatz ein oder lässt das Kind den Arbeitsplatz selbständig einrichten. Er berücksichtigt die Licht- und Geräuschverhältnisse am Arbeitsplatz. Verletzungsgefahren (bei Sensibilitätsstörungen, epileptischen Anfällen, Autoaggressionen) versucht der ET durch	Je nach Behandlungsziel wird dieser Arbeitsschritt gemeinsam mit dem Patienten durchgeführt. Der ET versucht Unfallgefahren durch günstige Raumbeleuchtung und Sicherheitsvorrichtungen bei Maschinen und Werkzeugen möglichst auszuschliessen. Patienten mit Anfallsleiden, Autoaggressionen, Suizid- oder Fluchtgefahr versucht der

Bei Diätpatienten berücksichtigt er die entsprechenden Weisungen im Einkauf resp. in der Zubereitung von Getränken und Speisen. Er passt Sitz- und Arbeitsflächen dem Patienten an.	achtet auf günstige Beleuchtung (z.B. zur Vermeidung von epileptischen Anfällen) und sorgt für genügend Ruhe, ggf. Abschirmung im Therapieraum. Er reduziert die Gefahr der Verletzung durch Verbrennungen oder durch Schneiden. Beim Kochen mit dem Patienten berücksichtigt er die verordnete Diät.	geeignete Organisation der Tätigkeiten auszuschliessen. In der Verwendung von maschinen und Werkzeugen berücksichtigt er die entsprechenden SUVA-Sicherheitsvorschriften. Bei kleinen Kindern beachtet er übliche Vorsichtsmassnahmen (z.B. Verschlucken von Dingen).	ET entsprechen zu begleiten oder organisiert notwendige Begleitungen. Bei Patienten mit Ansteckungsgefahr (Gelbsucht, Aids u.ä.) schützt er sich durch entsprechende Massnahmen.

Vorbereitungsphase

22. Die Massnahmen der Vorbereitungsphase sollen die Durchführung der Tätigkeitsphase erleichtern. Der ET kennt verschiedene Möglichkeiten, um eine Behandlungseinheit zu beginnen.

Bereich Geriatrie: Bei Gruppentherapien eignen sich Einstimmungen durch Vorstellungsrunden und kleine Begrüssungsrituale. Günstig ist auch das abholen von Patienten auf dem Zimmer. Wichtig ist auch, dass der Gruppenraum ggf. gegen die Verkehrsfläche hin etwas abgeschirmt wird.	Bereich Physiatrie: s. 26 + 30)	Bereich Pädiatrie: Der ET versucht, das Kind dort abzuholen, wo es steht (durch Gespräch/Spiel). Evtl. versucht er Bezug zu schaffen zu vergangenen, für das Kind wichtigen Erlebnissen. s. auch 21.	Bereich Psychiatrie: Der ET versucht durch Gespräche oder nonverbale Mittel in Kontakt zu kommen zum Patienten. Wichtig ist die Verwendung von materialen mit Ausdrucksqualitäten (Musikinstrumente/Bewegung). Von fundamentaler Bedeutung ist, dass der ET sich auf die Behandlungsstunde konzentriert, präsent ist, in der Situation ist und Störungen (Piepser u.a.) ausschliesst.

23. Er versucht, die Momentanlage des Patienten (Situation, Befindlichkeit, Belastbarkeit) zu erfassen.

Bereich Geriatrie: Auswirkungen auf die Momentanlage haben häufig Erlebnisse und Stimmungen der letzten halben Stunde vor der Therapie sowie Schmerzen, Wetter und Medikamente. Der ET versucht die nonverbalen und verbalen Signale des Patienten zu verstehen und macht ggf. Rückfragen auf der Abt./Station.	Bereich Physiatrie: Das Gespräch hat grosse Bedeutung für die Erfassung der Momentanlage des Patienten. Der ET erkündigt sich nach vorangegangenen Aktivitäten/ Erlebnissen (Besuche). Er versucht zu erfassen, in welchem Wachheitszustand der Patient ist, ob er ggf. unter Wirkungen von starken Medikamenten steht, eine Schonhaltung einnimmt, unter seelischen Spannungen leidet u.a.m. Von Bedeutung für die Momentanlage des Patienten ist meistens auch die Tageszeit.	Bereich Pädiatrie: Der ET achtet auf nonverbale und verbale Äusserungen des Kindes. Sofern er besondere Verhaltensauffälligkeiten wahrnimmt, erkundigt er sich bei den Bezugspersonen ggf. über die medikamentöse Beeinflussung oder nach bedeutsamen Erlebnissen des Kindes seit der letzten Behandlungsstunde.	Bereich Psychiatrie: Der ET beachtet den verbalen und nonverbalen Ausdruck des Patienten. Er versucht, sich in die aktuelle Situation des Patienten einzufühlen/einzudenken.

24. Der ET hilft dem Patienten, sich auf die Therapiestunde einzustellen und Interesse und soziale Bereitschaft am geplanten Vorhaben zu entwickeln.

Bereich Geriatrie: Er hilft dem Patienten im Verarbeiten von Spannungen. Er wählt eine günstige Sitzordnung und plant genügend Zeit ein zwischen Ankunft des Patienten im Therapieraum und Beginn mit der Arbeit. Bei Patienten mit Schwergewicht der Arbeit im funktionellen Bereich versucht er den Zusammenhang zum praktischen Leben zu schaffen.	Bereich Physiatrie: Günstig ist ein Rückblick auf die letzte Behandlungsstunde und das Nachfragen, wie es in der Zwischenzeit „gegangen sei“. Der ET erkundigt sich nach den aktuellen Tätigkeitsbedürfnissen und wählt zu Beginn der Behandlung evtl. etwas aus, was schon besser geht. Er informiert den Patienten in angemessener Offenheit über geplantes Stundenziel, über Mittel und Vorgehen und weist hin auf	Bereich Pädiatrie: Die Tätigkeiten werden aufgrund der Interessenlage des Kindes ausgewählt, so dass eine Motivation vorhanden ist. Ferner benützt der ET den Aufforderungscharakter bestimmter Situationen und Gegenstände. Die Raumgestaltung wird dem Kinde angepasst. Eher selten wird in kleinen Gruppen gearbeitet. Hin und wieder helfen Geschwister des behinderten Kindes in den Aktionen mit.	Bereich Psychiatrie: Günstige Möglichkeiten liegen evtl. im Abholen des Patienten, im Anknüpfen an die letzte Therapiestunde, im Austausch von Erwartungen sowie im Aushandeln von Konditionen (Dauer/Pausen).

	mögliche Erfolgserlebnisse. Beginnt eine Behandlung neu, informiert er den Patienten gründlich über die Möglichkeiten der Ergotherapie und erläutert die geplanten Massnahmen.		

25. Er bereitet den Patienten auf das geplante Vorhaben vor (durch Entwickeln und Klären der Zielvorstellungen, durch das Planen einzelner Handlungsschritte, durch Anbieten von Gedächtnisstützen, u.a.m.).

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Für Patienten mit eingeschränktem Vorstellungsvermögen ist es oft günstig, ein vergleichbares fertiges Produkt als Modell zu zeigen sowie Bewegungen imitieren zu lassen, anstatt sie zu erklären, oder das Geforderte mit dem Patienten (z.B. durch Handführung) zu vollziehen.	s. 24	Weitere Vorbereitungshilfen liegen im Anknüpfen an schon Bekanntem sowie im Rückblick auf die letzte Therapiestunde. Günstig erweist sich auch das gemeinsame Planen der einzelnen Handlungsschritte, sofern das Kind über die entsprechenden Voraussetzungen verfügt.	Weitere Vorbereitungshilfen können im Zurückgreifen auf Erfahrungen des letzten Males oder des Normallebens liegen.

26. Ggf. wendet der ET Massnahmen an, beispielsweise zur Beeinflussung von Haltung und Bewegung, zur Sensibilisierung bzw. Desensibilisierung u.ä., damit der Patient das geplante Vorhaben leichter und besser ausführen kann.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist eine angepasste Sitzstellung/Lagerung. Häufig ist es günstig, Dinge nicht nur zu zeigen, sondern betasten und ausprobieren zu lassen.	Der ET kontrolliert eine gute Sitzhaltung und schafft durch Entspannungsübungen, Stimulationen, durch Lockerung evtl. durch passive Mobilisation und entsprechende Lagerungen günstige Voraussetzungen für die Durchführung der Tätigkeiten.	Geeignet sind Massnahmen, die die Atmung normalisieren, den Tonus verändern und die Durchblutung anregen. Günstig sind ferner die Vorbereitung von Bewegungen sowie die richtige Einstellung von Sitz- und Tischhöhe. Übungen zur Verbesserung der Sensorik bestehen für alle Sinnesmodalitäten. Notwendig wäre eine Katalogisierung entsprechender Möglichkeiten.	Ein kleiner Spaziergang, das gemeinsame Einnehmen eines Getränkes, Atem und Entspannungs- resp. Spannungsübungen evtl. Abklopfen können im sensorisch-motorischen Bereiche die anschliessende Ausführung von Tätigkeiten erleichtern. Bei Körperübungen ist allerdings sehr wichtig, dass der ET diesbezügliche Widerstände des Patienten erkennt und respektiert, d.h. den Widerstand „aufzuschmelzen“ versucht und nicht bricht.

Tätigkeitsphase

27. Der ET leitet den Patienten in enger Zusammenarbeit zur Ausführung von Tätigkeiten gemäss den therapeutischen Zielsetzungen an und begleitet diese indem er notwendige Hilfen gibt (z.B. Instruktionen, Modellverhalten, ggf. Hand- und Körperführung) und seine therap. Massnahmen dosiert anwendet.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist häufig eine Anleitung des Patienten in einfachen Sätzen, mit immer wieder ähnlicher Wortwahl unterstützt durch deutliche Gestik und Mimik. Bei verlorenen Bewegungsmustern müssen Imitationsmöglichkeiten angeboten werden. Oft muss eine Tätigkeit auch mit dem Patienten durchgeführt werden, bis er sie selber wieder übernehmen kann. Der Eigenrhythmus des Patienten die momentane Belastbarkeit, Aktiv- und Ruhephasen steuern die Dosierung. In den meisten Bereichen wird darauf geachtet, dass keine zusätzlichen negativen oder	Für einzelne Krankheitsbilder bestehen Listen günstiger Tätigkeiten. Der ET steuert die Dosierung der therap. Massnahmen durch Beobachtung der Leistungen des Patienten, seiner Motivation und Aufnahmefähigkeit, der Lockerung resp. Verspannung, der Zunahme/Abnahme von Schmerzen u.ä.	Die Dosierung der therapeutischen Massnahmen erfolgt über die Beobachtung des Verhaltens des Kindes (Bewegung – Stabilisierung / Atmung / Haltung / Bewegungsqualität und –umfang / Spannung – Entspannung / Anregung – Beruhigung / Aufmerksamkeit – Ermüdung / Ausdruck von Freude – Missmut).	Der ET berücksichtigt in der Dosierung Spannung – Entspannung, Ermüdung und Widerstände des Patienten. Er wechselt von anstrengenderen zu leichteren Tätigkeiten und vereinbart notwendige Pausen mit dem Patienten. Ggf. unterteilt er Teilschritte nochmals und passt die Anleitungsstufe dem momentanen Vermögen des Patienten an.

ungewollten Reaktionen auftreten.			

28. Der ET versucht, in Kooperation mit dem Patienten, auf momentane Wirkungen von Tätigkeiten, Reizen, Stimmungen und Interaktionen (auf den Patienten) einzugehen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Häufig lösen einzelne Tätigkeiten positive/negative Erinnerungen beim Patienten aus.	s. 30	s. 30	s. 30

29. Er erfasst therapeutisch wirksame Momente und Tätigkeitsschritte beim Patienten und verstärkt durch geeignete Massnahmen die Integration und Stabilisierung des Erreichten (durch Bestätigung, Bewusstmachung, Wiederholung, Variationen u.a.m.).

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Therapiewirksame Momente zeigen sich oft im konzentrierten Dabeisein, im entspannteren Sitzen, im Aufschauen und Suchen von Blickkontakt, im Ausdruck von Freude. Die Integration und Stabilisierung kann weiter verstärkt werden durch Ausweiten, Verlängern, durch Verknüpfen mit Früherem, durch Mithilfe von Mitpatienten in der Überwindung der Anforderungsspitzen.	Verbesserte Bewegungsmöglichkeiten, das Erlebnis: „Es geht ja von selber!“ charakterisieren häufig therapeutisch wirksame Momente. Klare Rückmeldungen und Lenken der Wahrnehmung auf positive Resultate, auf einen guten Heilungsverlauf, können mithelfen, Erreichtes zu stabilisieren und zu integrieren. Wichtig ist ferner die Unterstützung durch die sozialen Umfelder des Patienten.	Günstige Massnahmen zur Verstärkung der therapeutischen Momente können im Weiteren auch im Mitmachen des ET oder im Machenlassen des Kindes liegen. Kontraproduktiv wirkt sich die Unterbrechung der Konzentration des Kindes durch verbale Kommentare des ET aus. Bei Geistigbehinderten können akustische und/oder optische Signale die therapeutischen Momente verstärken. Geeignete Massnahmen zur Integration und Stabilisierung liegen oft im Zeitlassen sowie im Wiederholen.	Therapeutisch wirksame Momente können in Phasen der intensiven Beziehungsgestaltung, im Gefühlsausdruck, in geäusserten Einsichten und in gelungenen Transfers in neue Situationen sichtbar werden. Positives Feedback von Mitpatienten kann zur Integration und Stabilisierung des Gelernten beitragen.

30. Der ET nimmt Störfaktoren und erschwerende Bedingungen wahr und versucht, sie anzusprechen, einzubeziehen, und sofern möglich, abzubauen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Störend/erschwerend können wirken: Lärm, Ablenkung von aussen, Unruhe von Mitpatienten, Schmerzen, Verwirrtheit, Sprachschwierigkeiten, Gefühlsschwankungen, Schlafstörungen, Wetterwechsel, Gruppengrösse und -zusammensetzung, Therapeutenwechsel u.a.m.	Wetter, Schmerzen, Schwellungen, Ermüdung, erhöhter Tonus, geringe momentane Belastbarkeit, Reizüberflutung, Unsicherheit über die bevorstehende Zukunft, beeinflussen die Konzentration und Motivation des Patienten erheblich. Fehlende Krankheitseinsicht des Pat. erschwert eine Zusammenarbeit massiv. Ebenfalls erschwerend können sich unterschiedliche Behandlungsansätze in der Rehabilitation des Patienten auswirken. Störfaktoren können im klingelnden Telefon, in unangemeldeten Besuchen sowie u.U. auch in den anwesenden Angehörigen liegen.	Störfaktoren liegen häufig in Ausseneinwirkungen (Telefon, das klingelt u. dgl.). Erschwerende Bedingungen liegen in schwankender Motivation bei Ermüdung, Unter- oder Überforderung des Kindes, teilweise auch in einer zu festen Stundenzuweisung.	Erschwerende Bedingungen können teilweise in der Art der Erkrankung der Patienten liegen. So ist tendenziell bei akutkranken und geriatrischen Patienten ein kurzer Spannungsbogen, bei depressiven Patienten eine äussere Spannungslosigkeit, bei Borderlinepatienten ein Mangel an Ausdauer und bei suchtkranken Patienten verstärkte Abwehr festzustellen. Weitere erschwerende Wirkungen können durch Medikamente verursacht werden. Störfaktoren liegen häufig im klingelnden Telefon im nichtabgestellten Suchpiepser, in ungünstigen Räumlichkeiten (Reizüberflutung), in unausgesprochenen Spannungen in der Gruppe oder in direkten Aggressionen von Mitpatienten. Wichtig ist, dass der ET den Patienten nicht durch andere Vertreter des Behandlungsteams aus der Abteilungstherapie reissen lässt sowie störende Mitpatienten anspricht.

31. In einer Erstauswertung zieht der ET in Kooperation mit dem Patienten Bilanz aus der Behandlung. Er versucht, die unmittelbaren Wirkungen der Therapie zu erfassen und gemeinsam mit dem Patienten und dessen Bezugspersonen Möglichkeiten herauszuarbeiten, wie Beobachtungen und Ergebnisse der Therapie im Alltag des Patienten integriert werden könnten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Die Erstauswertung hat in der Arbeit in diesem Feld der ET ein grosses Gewicht. Günstig ist ein Erlebnis- und Erfahrungsaustausch mit Rückblick auf die gemeinsamen Aktivitäten. Bei Gruppentherapien ist es z.T. wichtig auch von den Grenzen des Therapeuten (Zeit für den einzelnen Patienten) zu sprechen sowie sich anbahnende Sozialkontakte weiterentwickeln zu helfen. Wichtig ist ggf. auch eine Information der zuständigen Vertreter der Pflege.	Die Erstauswertung erfolgt meistens in Gesprächsform. Der ET bespricht Erfolge/Misserfolge mit dem Patienten. Er erarbeitet aufgrund der Anwendungsübungen in der Behandlungsstunde Aufgaben für die Übertragung in den Patientenalltag. Erschwert wird die Integration, sofern auf Seiten des Patienten und/oder seiner Angehörigen Widerstände gegen die Behandlung oder einzelne Teile der Behandlung z.B. Schienen/ Hilfsmittel vorhanden sind.	In der Arbeit mit Kindern ist es günstig, wenn das Ergebnis der Tätigkeit ein für das Kind sichtbares Produkt ergibt, oder wenn das Kind in der Therapie erlebt hat, dass es etwas besser ausführen kann. Die Erstauswertung i.S. eines kurzen Rückblickes geht fliessend in die Abschlussphase über, kann auch Teil der Abschlussphase sein.	Günstig ist ein kürzeres Ausstiegsgespräch mit einem Rückblick auf das Erlebte und mit einem Ausblick auf das Kommende. Evtl. wählt der ET auch nonverbale Formen der Mitteilung.

Abschlussphase

32. Der ET kennt verschiedene Möglichkeiten (und deren Bedeutung), eine Behandlungseinheit abzuschliessen. Er setzt Massnahmen ein, die es dem Patienten erleichtern, sich aus der Behandlungssituation zu lösen und sich auf die Anforderungen der nachfolgenden Situation einzustellen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Notwendig kann sein der wiederholte Hinweis auf das nahende Ende der Therapiestunde (Uhr) sowie auf die nachfolgende Situation (Mahlzeiten u. dgl.). In Gruppen kann ein gemeinsamer Abschluss (z.B. durch Spiel, durch eine Lesung, durch ein Zvieri) und Hinweise auf mögliche Arbeiten in der kommenden Therapiestunde günstig sein. Um dem Patienten die Umstellung zu erleichtern, kann der ET den Patienten auch auf die Station zurückbringen und evtl. auch den Rückblick (s. 31) in diese Situation einschliessen.	Der ET passt die Behandlungsdauer dem Leistungsvermögen des Patienten an. Er gibt je nach Patient genügend Hinweise auf das nahende Ende der Therapiestunde. Ggf. bezieht er den Patienten ins Wegräumen mit ein. Er gibt einen Ausblick auf die kommende Therapiestunde. Mit Patienten, die schon wieder zuhause sind, aber noch in die ET kommen, vereinbart er ggf. „Notfalltermine“ und weist hin auf mögliche Telefonkonsultationen.	Häufig ist es auch in dieser Phase wichtig, klare Signale zu geben, die das Kind auf das Ende der Therapiestunde vorbereiten. Günstig ist, wenn das Kind auch in der Durchführung der Tätigkeit einen Abschluss erlebt, sei es, dass es nach einem Erfolgserlebnis einen Teilschritt beendet, sei es, dass das Material aufgebraucht worden ist oder sei es, dass das Kind im Weg- und Aufräumen mithilft, seine Hände wäscht u.ä. Um dem Kind die Orientierung zu erleichtern, ist es wichtig, die Therapiestunde pünktlich abzuschliessen. Sofern Eltern oder Betreuer das Kind abholen, kann das Kind zeigen, woran es gearbeitet hat oder erzählen, was es erlebt/ geleistet hat. Wichtig ist, dass in der Abschlussphase auch Misserfolge während der Therapiestunde aufgenommen und ggf. verarbeitet werden. Der ET hilft dem Kind, den Übergang zu schaffen zur Situation, die unmittelbar nach der Behandlung folgen wird.	Bei vielen Patienten ist es günstig, gegen Ende der Tätigkeitsphase auf das nahende Ende der Therapiestunde hinzuweisen. Dies ist vor allem dort wichtig, wo der Patient sehr versunken in eine Tätigkeit ist. Eine Phase des Aufräumens kann das Ende einer Therapiestunde deutlich signalisieren. Kleine Abschiedrituale (evtl. auch gemeinsamer Tee) in der Gruppe und Einzelverabschiedung mit ganz klarer Termination (wann arbeiten wir wieder zusammen?) helfen dem Patienten, sich aus der Behandlungssituation zu lösen. Wichtig ist auch, zu klären, welche Patienten sich bei der Rückkehr auf die Abteilungen ggf. begleiten könnten/möchten. Das Weglaufen eines Patienten ohne Verabschiedung sollte mit dem betreffenden Patienten aufgenommen und analysiert werden. Wird die Therapie abgeschlossen und tritt der Patient aus der Klinik aus, ist wichtig, dass unklare Situationen, die während der Therapie entstanden sind, bereinigt werden. Dort, wo der Patient Übergangsängste äussert, kann der ET ggf. auf die Möglichkeit einer Zusatzbehandlungsstunde hinweisen. Eine klare Verabschiedung von Patienten ist auch beim Weggang eines Praktikanten notwendig.

1.4 Tätigkeitsbereich: Auswertung

Zusammenfassung

Der ET überprüft durch Auswertungsverfahren während des Behandlungsverlaufes periodisch den Zustand und die Fortschritte des Patienten sowie Ziele, Mittel und Methoden. Der ET kann die Ergebnisse seiner Auswertungen und Konsequenzen für den weiteren Behandlungsverlauf sowie für die Alltagsgestaltung des Patienten mündlich und schriftlich formulieren. Der ET verarbeitet die Auswertungsergebnisse in der Planung weiterer Behandlungsschritte.

Ausführungen

33. Der ET wertet aus, indem er die aktuellen Therapieergebnisse mit der Ausgangssituation bei Behandlungsbeginn vergleicht und die Zielvorstellungen sowie den bisherigen Behandlungsverlauf beurteilt.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Beurteilungskriterien sind die physische und psychische Befindlichkeit des Patienten während und nach den Behandlungsstunden (Vertrauen / Zufriedenheit / Entspannung), Fortschritte resp. Rückschritte des Patienten sowie in Alters- und Pflegestationen die soziale Integration in den neuen Lebensgruppen und der Aktionsradius des Patienten innerhalb und ausserhalb der Institution.	Er vergleicht Messwerte miteinander. Er beobachtet die Bewährung des Neuerlernten in der Anwendung in der Alltagssituation. Hier ist er oft auf die Patientenselbsteinschätzung angewiesen.	Die Anzahl Behandlungsstunden wird in eine Beziehung gesetzt zu Zielsetzungen, Methoden, Mittel und Resultat.	Die aktuellen Leistungen des Patienten werden in eine Beziehung gesetzt zu den angestrebten Zielsetzungen und zur bisherigen Therapiezeit. s. auch 8 und 12

34. Der ET wählt einen günstigen Zeitpunkt für die Auswertung und bestimmt den Grad der Differenziertheit und das Vorgehen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstig ist eine regelmässige und gründlichere Auswertung nach einer längeren Behandlungsphase. Wichtig ist, dass sich der ET genügend Zeit dazu organisiert. Bewährt hat sich auch ein Austausch mit Kollegen in Form von monatlichen Besprechungen. In Einzeltherapien sind Auswertungen nötig z.H. der Krankengeschichte. Bei Gruppenaktivitäten wäre eine differenzierte Auswertung ebenfalls wünschenswert. Entsprechende Kriterien i.S. von Stufungen sozialer Fähigkeiten wären noch zu erarbeiten.	In der Regel wertet der ET nach einer bestimmten Behandlungsdauer aus, wöchentlich beispielsweise in der postoperativen Phase bis halbjährlich oder jährlich anlässlich von Kontrolluntersuchungen. Es kommt der Anlass zu Auswertungen von aussen, z.B. bei Patientenbesprechungen im Behandlungsteam (Erörterung von Prognose/Operationskonzept u.ä.). Hin und wieder kommt es auch zu Auswertungen bei unterschiedlichen Einschätzungen der Therapiewirkungen durch ET und Patient. Es ist wichtig, dass sich der ET genügend Zeit und entsprechende Ruhe verschafft, um sorgfältige Auswertungen durchführen zu können.	In der Regel führt der ET einen Teil der Auswertung mit, einen anderen Teil ohne Kind durch. In schulischen Institutionen finden schuljahresorientierte Quartals-, Semester- oder Jahresbesprechungen statt. In Spitalinstitutionen finden Auswertungen individuell nach Bedarf statt (Arztkontrolle, Verfügungsablauf, Teambesprechungen, bei Erfolgs- resp. Misserfolgserlebnissen, bei Elterngesprächen oder für Elternberichte).	Der Zeitpunkt von Auswertungen ist sehr individuell. In der Akutphase finden häufig wöchentliche Auswertungen als Grundlage für die Rapporte im Behandlungsteam statt. In der Rehabilitationsphase finden in der Regel monatliche Auswertungen statt. Weitere Auswertungen können durch Fort- oder Rückschritte des Patienten, durch den Wechsel von Einzel- zu Gruppenarbeit und durch Arztwechsel veranlasst werden.

35. Er erläutert und begründet dem Patienten sowie Mitgliedern des Behandlungsteams, ggf. Angehörigen des Patienten seine Vorgehensweisen und Auswertungsergebnisse.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Dies geschieht meistens mündlich nach Behandlungsstunden, anlässlich von Rapporten und von Besuchen der Angehörigen.	In der Orientierung des Patienten verzichtet er auf medizinische Fachsprache oder erläutert entsprechende Begriffe angemessen. Oft ist es wichtig zu überprüfen, ob der Patient bzw. die Angehörigen die	Kindern erläutert er in angepasster Sprache die Auswertungsergebnisse und zieht die entstanden Produkte bei. Grosse Bedeutung haben die Elterngespräche. Für Auswertungsgespräche im Behand-	Der ET informiert in angepasster Sprache kurz, prägnant und überzeugend. Gesprächsrunden können stattfinden als Patient/ Therapeut-Gespräch als Standortgespräch zwischen Pati-

	Orientierung verstanden haben.	lungsteam ist eine spezifisch ergotherapeutische Fachsprache erst im Entstehen. Vermehrt werden zur Information auch Videoaufnahmen beigezogen.	ent/Behandlungsteam und Therapeut/Behandlungsteam, als Familiensitzung mit Patient/Angehörigen, als Einzelgespräch zwischen ET und Vertretern des Behandlungsteams.

36. Er vergleicht im Austausch seine Ergebnisse mit den Ergebnissen und Vertretern anderer Therapiebereiche und hilft mit in der Erarbeitung gemeinsam abgesprochener Zielsetzungen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 12	Verglichen werden die Auswertungsergebnisse mit denjenigen der Vertreter der Physiotherapie, der Logopädie, der Neuropsychologie, der Pflege, der Psychiatrie, der Arbeitstherapie, der Psychiatrie, der Arbeitstherapie, der Berufsberatung, der Sozialdienste sowie mit denjenigen der Arbeitgeber.	Verglichen werden die Ergebnisse der unter 19 aufgelisteten Bereiche. (Was haben wir je einzeln in den verschiedenen Schulungs- und Therapie-Bereichen, was gemeinsam erreicht?	s. 19

37. Bei unterschiedlichen Einschätzungen überprüft er seine Ergebnisse nochmals.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Im physischen Bereiche bestehen meistens ähnliche Einschätzungen, im psychischen Bereich kann es zu erheblichen Unterschieden in der Einschätzung kommen.	Bei Abweichungen ist zu überprüfen, ob wirklich vergleichbare Ausgangslagen oder Situationen vorliegen.	Die ergotherapeutishen und ärztlichen (kinderpsychiatrischen) Einschätzungen können vor allem bei Kleinkindern z.T. stark voneinander abweichen. Häufig weichen auch die Einschätzungen von Eltern schwerer-behinderter Kinder von denen des ET ab. Zu ähnlichen Einschätzungen wie der ET kommen in schulischen Einrichtungen häufig erfahrene Erzieher/Lehrer/Physiotherapeuten.	Unterschiedliche Einschätzungen entstehen häufig zwischen ET und Vertretern der Pflege. Tendenziell setzt sich der ET eher mit den Fähigkeiten und offen gebliebenen Möglichkeiten des Patienten auseinander, während die Vertreter der Pflege häufig eher die Probleme des Patienten sehen. Wichtig ist festzustellen, ob bei unterschiedlichen Einschätzungen wirklich vergleichbare Ausgangssituationen bestehen.

38. Der ET verfasst Zwischen- und Abschlussberichte und kann deren Inhalt zusammenfassen und in geeigneten Formen mündlich/schriftlich präsentieren

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Häufig werden Behandlungsverlaufsprotokolle in monatlichen Abständen angefertigt. Im aktivierenden Bereich werden in der Regel Quartalsweise Eintragungen auf Karteikarten gemacht. Wichtig wäre die Erarbeitung von Verlaufsblättern mit einheitlichen Staten.	Gebräuchlich sind kurze, aber informative Berichte. In vielen Institutionen gibt es entsprechende Testblätter und Abklärungsraster. Der ET mach KG-Einträge. Bei Übergabeberichten ist es sinnvoll, das verwendete Raster beizulegen. Vermehrt verwendet werden Photo- und Videodokumentationen.	Der ET verfasst als Grundlage für Zwischen- und Abschlussberichte regelmässig knappe Therapieprotokolle. Es ist wichtig, dass der ET für die Informationen genügend Zeit einsetzt. Häufig finden Orientierungen im Rahmen des ganzen Behandlungsteams gemeinsam mit Eltern, teilweise auch in Anwesenheit des betroffenen Behinderten statt. Hier ist es wichtig, dass regelmässige Besprechungen auf Seite der Eltern angstabbauend und vertrauensbildend wirken.	Die mündlichen resp. schriftlichen Präsentationsformen sind meist sehr individuell. Oft werden fortlaufende Einträge in Krankengeschichten oder auf die Rückseite des Anmeldeformulars gemacht. Eine standardisiertere, ergotherapiespezifische Terminologie wäre noch zu entwickeln.

39. Der ET zieht die entsprechenden Konsequenzen aus den Auswertungen und verarbeitet die Ergebnisse in der Gestaltung des weiteren Behandlungsverlaufes.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. auch 3	s. Planung	Wichtig ist, dass der ET für diese Verarbeitung der Auswertungsergebnisse ebenfalls genügend Zeit einsetzt. Das Interesse an Auswertungsergebnissen ist bei Eltern mit behinderten Kleinkindern in der Regel sehr gross.	Der ET arbeitet nach dem Modell der „rollenden Planung". Interessiert an den Auswertungsergebnissen sind neben dem Patienten die Vertreter des Behandlungsteams, die Vertreter der Wohnheime und der geschützten Werkstätten sowie die Kostenträger. s. auch 11

40. Der ET versucht in enger Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen in angemessener Form Einfluss zu nehmen auf eine therapieunterstützende Gestaltung der verschiedenen Lebensbereiche des Patienten und realisiert bzw. veranlasst notwendige Massnahmen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Diese Arbeit verlangt vom Therapeuten sehr viel Fingerspitzengefühl, damit nicht das Gefühl von Einmischung bei den betroffenen Angehörigen oder Pflegepersonen entsteht. Günstig ist die Situation dann, wenn der ET von den Beteiligten als kompetente Person akzeptiert wird. Bei Patienten, die wieder nach Hause zurückkehren können, ist die Bereitschaft zur Durchführung von therapieunterstützenden Massnahmen meistens sehr gross.	Der ET versucht in der Erarbeitung therapieunterstützender Massnahmen anzuknüpfen an Therapieerlebnissen, wo der Patient positive Wirkungen erfahren hat. Er versucht den Patienten zu motivieren, weist ihm aber auch klar die Verantwortung für die Beachtung begründeter Anordnungen zu. Dort wo ein Patient aus religiösen Gründen oder aus Krankheitsgewinn Anordnungen nicht ausführt, oder die Familie aus gesellschaftlichen Normen heraus therapieunterstützende Massnahmen erschwert, wird die ergotherapeutische Beratung zur Gratwanderung. Grenzen für die Durchführung therapieunterstützender Massnahmen können aber auch in architektonischen Barrieren liegen.	Die Erarbeitung dieser therapieunterstützenden Massnahmen verlangt vom ET gegenüber den Eltern des behinderten Kindes sowie gegenüber jugendlichen Behinderten sehr viel Fingerspitzengefühl. Günstig sind oft der Einbezug und die Unterstützung von Bezugspersonen, die das Kind gut mag, um entsprechende Massnahmen durchzuführen. Recht kompliziert kann die Durchführung therapeutischer Massnahmen dann werden, wenn es sich um Ausländerfamilien handelt, in denen von unserem Kulturbereich abweichende Wertsysteme gelten. Hier muss sich der ET entsprechend informieren. In schulischen Institutionen mit Internatsteil ist der direkte Kontakt zu den Eltern oft erschwert. Meistens sind Eltern – Erzieher – Kontakte vorhanden, die der ET benutzen kann. In verschiedenen Institutionen wäre die Schaffung von Ansprechpartnern für Eltern sehr wichtig.	Therapieunterstützende Massnahmen werden in den Bereichen Alltagsbewältigung, Arbeitssituation und Freizeitgestaltung anvisiert. Es werden Trainingsprogramme, Tagesablaufstrukturen und Möglichkeiten zur Selbstkontrolle erarbeitet. Wichtig ist unter Umständen auch die Mithilfe im Aufbau eines Netzwerkes von Personen, an die der Patient sich bei Bedarf wenden kann und das organisieren von Fixpunkten (Treffs). Die eher geschlossene Kliniksituation kann die Durchführung therapieunterstützender Massnahmen erschweren, hier hat die ambulante Ergotherapie häufig mehr Möglichkeiten. Erschwert werden therapieunterstützende Massnahmen ebenfalls dort, wo die Umgebung des Patienten nicht bereit ist, krankmachende Bedingungen im Umgang mit dem Patienten zu korrigieren. Dies kann die Rehabilitation junger Patienten massiv erschweren bzw. fast verunmöglichen.

41. Er berücksichtigt den zeitlichen Bedarf und die Möglichkeiten resp. Grenzen des Patienten und seiner Angehörigen und weiterer Bezugspersonen

		Bereich Pädiatrie:	
		Die Berücksichtigung der Grenzen von Eltern mit schwerbehinderten Kindern ist äusserst wichtig.	

42. Der ET überdenkt seine eigenen Lernerfahrungen und Entwicklungsprozesse und bezieht diese in die weitere Arbeit mit ein.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist der Austausch mit Berufskollegen und im Rehabilitationsteam. Supervision wäre erwünscht, vorerst erst im Bereiche der Psychogeriatrie in Ansätzen realisiert. Die ergotherapeutische Arbeit mit alten und chronischkranken Menschen beinhaltet eine starke Auseinandersetzung mit dem Sterben und dem Tod. Für junge ET stehen die Patienten im „Grosselternalter", für länger im Berufsfeld arbeitende Ergotherapeuten stehen die Patienten zunehmend im „Elternalter". Diese Situation kann für den ET eine Chance zur Auseinandersetzung mit verschiedenen Generationen sein. Leider wird die Vielfalt der ergotherapeutischen Arbeit mit alten Menschen von aussen immer wieder unterschätzt. Entsprechende Öffentlichkeitsarbeit – auch innerhalb des Berufsstandes der ET – wäre sinnvoll. In Alters- und Pflegeinstitutionen wird häufig wenig qualifiziertes Personal angestellt. Hier hat der ET eine weitere wichtige Aufgabe im Instruieren und Anlernen dieser Hilfskräfte.	Günstige Formen der Reflexion liegen im Erfahrungsaustausch mit Kollegen, in der Supervision, in Rollenspielgruppen und u.a. auch in der Teilnahme an Projekten. Erschwert ist der Erfahrungsaustausch für ältere, erfahrene Ergotherapeuten, da das Berufsfeld von jungen Ergotherapeuten dominiert wird, und „gleichalte" und kompetente Gesprächspartner in derselben Institution meistens fehlen. Wichtige Lernerfahrungen macht der ET im Bereiche der Physiatrie in der Auseinandersetzung mit Kompetenz und Macht im häufigen Hierarchiedenken in med. Institutionen. Hier kann es zwischen erfahrenen ET und noch unerfahrenen Assistenzärzten zu Kompetenzschwierigkeiten kommen. Länger im Berufsfeld arbeitende ET versuchen durch Weiter- und Fortbildung den aktuellen Stand von Entwicklung und Forschung zu halten. Ältere ET vermissen bei jungen Kollegen etwas vom Pioniergeist der Aufbauphase. Sie stellen eine gewisse Konsumhaltung und die Vorstellung, Ergotherapie sei als Job zu betreiben, fest. Für erfahrene ET ist es oft schwierig, nicht über jüngere Kollegen mit wesentlich weniger Kompetenzen, zu dominieren.	Wichtig ist ein permanenter Erfahrungsaustausch mit Kollegen (auch anhand von Videoaufnahmen). Bei längerer Ausübung des Berufes kann die Kompetenz des ET sich stark erhöhen, da er durch die Beobachtung der Entwicklung von behinderten Kindern zunehmend präzisere Diagnosen und auch Prognosen stellen kann im Hinblick auf die Wirksamkeit bestimmter Therapiekonzepte bezogen auf eine bestimmte Ausgangslage. In Schulheimen muss sich der ET mit der Minderheitsstellung der Therapeuten gegenüber den Sonderpädagogen auseinandersetzen. Belastend wirken die niedrige Entlöhnung, die grosse Präsenzzeit und der kleinere Ferienanspruch im Vergleich mit den Sonderpädagogen. In Kinderspitälern ist wichtig, dass der ET sich nicht permanent überengagiert und ausbrennt.	Erfahrungsaustausch mit Kollegen, Teamgespräche, Supervision sind günstige Formen zur Reflexion. Ebenfalls geeignet sind schriftliche tagebuchartige Aufzeichnungen. Die Arbeit in psychiatrischen Institutionen zwingt zur Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Fragen (Normen, Menschenbilder u.ä.). Wichtig ist, dass der ET in der Klinik den Realitätsbezug zur Aussenwelt immer wieder herstellt. Für die Arbeit in der psychiatrischen Ergotherapie ist notwendig, dass der ET durch Selbsterfahrung/eigene Therapie sich mit den eigenen Möglichkeiten und widerständen auseinanderzusetzen beginnt und Übertragungen und Gegenübertragungen reflektiert.

43. Er versucht Konflikte und Konfliktansätze in der Zusammenarbeit mit dem Patienten möglichst frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu bearbeiten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstig ist das offene Gespräch mit Patient/Pflegepersonal und Angehörigen vor Beginn von Konflikten. Wichtig ist, dass sich der Patient vom Therapeuten ernst genommen fühlt, dass der ET nach Gründen fragt, Druck abbaut und Verständnis hat für die Empfindlichkeit des Patienten, beispielsweise bedingt durch den Kräftezerfall oder durch die zunehmenden Verluste von Bezugspersonen.	Das Hauptmittel der Konfliktbearbeitung liegt im Gespräch. Hier ist es wichtig, dass sich der ET dafür Zeit nimmt. Er versucht vom Patienten möglichst klare Informationen zu erhalten und sich bewusst zu werden, was der Patient möchte. Bedeutsam ist die Klärung der gegenseitigen Erwartungen. Ggf. bezieht der ET nach Absprache mit dem Patienten die Angehörigen bei. Günstig ist oft auch ein Austausch im Team. Sofern vor allem persönliche Spannungen bestehen bleiben, ist je nach Situation ein Therapeutenwechsel angezeigt.	Regelmässiger Austausch über die beiderseitige Befindlichkeit erleichtert die Auseinandersetzung bei ernsthafteren Konflikten.	Günstige Bearbeitungsstrategien sind regelmässige Gespräche (nicht erst im Konfliktfall!). Transparenz, Feedback, evtl. auch der Beizug einer neutralen Drittperson.

44. Der ET nimmt eigene Lücken im Wissen und Handeln wahr und versucht, diese durch geeignete Massnahmen (ggf. Sofortmassnahmen) zu schliessen (s. auch Tätigkeitsbereiche Psychohygiene/Fort- und Weiterbildung).

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Gespräche im Rehabteam, mit Berufskollegen, Rückfragen bei Ärzten können die Lücken schliessen helfen.	Geeignete Massnahmen können im Erfahrungsaustausch mit Kollegen sowie mit Vertretern anderer Berufsgattungen ggf. auch mit Praktikanten liegen. Bei Lücken im Handeln ist es möglich gewisse noch unvertraute Massnahmen mit Kollegen praktisch auszuprobieren. Weitere Möglichkeiten liegen in der Durcharbeit entsprechender Literatur sowie in der Supervision.	Günstig ist ein entsprechender Kollegenkontakt unter den Beteiligten im ET-Team. Oft hilft auch schon ein Gesprächspartner, der gut zuhören kann. Wichtig ist, dass ET Lösungen für auftauchende Lücken vorerst im eigenen Berufsstand bei erfahrenen ET suchen, und evtl. notwendige Dokumentationen zu bestimmten Problemstellungen (Bücher/Lexika u.ä.) kennen.	Wichtig ist, dass der ET zu Lücken stehen lernt, sich Zeit um Nachdenken und zum Informationen beschaffen organisiert, ggf. Antrag für einen Kurzurlaub stellt.

2. WEITERE AUFGABEN

2.1. TÄTIGKEITSBEREICHE ZUSAMMENARBEIT, ORGANISATION/ADMINISTRATION, FÜHRUNG

2.1.1 Tätigkeitsbereich: Zusammenarbeit

Zusammenfassung
Der ET arbeitet zusammen mit Mitarbeitern des ET-Teams, mit Vertretern anderer Berufsgruppen, mit Bezugspersonen des Patienten sowie mit Praktikanten und Vertretern der Ausbildungsinstitutionen (s. auch Tätigkeitsbereich Ausbildungsaufgaben). Er kann sich effizient verständigen und seine Arbeit vertreten.

Ausführungen

45. Er verfügt über Strategien der Zusammenarbeit bezüglich Gesprächsführung, Bedürfnisklärung, Konfliktbearbeitung und Konsensbildung.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Regelmässige und häufige, gut vorbereitete Rapporte erleichtern die Zusammenarbeit. Dort, wo Aufteilungen in funktionelle und in aktivierende Arbeit gemacht werden, sind gemeinsame Besprechungen sinnvoll. Informative, knappe Protokolle orientieren die Nichtanwesenden. In ET-Teams kann eine Aufteilung der Funktionen und Verantwortlichkeiten mit angemessener Rotation die Effizienz der Arbeit steigern.	Günstige Strategien für die Zusammenarbeit sind: Aktiv in regelmässigen Abständen Informationen über die ergotherap. Arbeit abgeben, genügend Zeit für Informationen einsetzen, Rapporte einberufen, an Rapporten Emotionen kontrollieren, Interesse für die Arbeit der anderen Berufsgruppen zeigen, Aufgaben- und Kompetenzbereiche klären und klares, überzeugendes Vertreten der eigenen Informationen.	Günstige Strategien der Zusammenarbeit sind regelmässige Besprechungen im Behandlungsteam, in denen Beobachtungen Erfahrungen in der Arbeit mit dem Kind ausgetauscht werden. Wichtig ist, dass der ET in die verschiedenen Lebensgruppen des Kindes (Elternhaus/Erziehergruppe/Schulgruppe) geht und die Situation des Kindes darin wahrnimmt. Günstig ist, wenn der ET kompetent auf die Probleme der Betreuer mit dem Kind eingehen kann und weder die Rolle der Kontrollperson noch die Rolle der Klassen- oder Erzieherhilfe einnimmt. Diese Kontakte erleichtern die Erarbeitung realitätsbezogener ET-Ziele. Wichtig ist, dass der ET eine evtl. Sonderposition des Kindes wahrnimmt. Günstig für die Zusammenarbeit ist auch die Mitarbeit an Gesamtveranstaltungen der Institution (z.B. Feste, Tag	Regelmässige, institutionalisierte Sitzungen/Rapporte begünstigen die Zusammenarbeit. Eine klare Verteilung derartige Zusammenkünfte erleichtern (Leitung, Protokollführung, Prozessbeobachtung). Günstig wirken sich in der Regel aus: offene Bedürfnisklärung, klare Zielformulierungen, die Verwendung von Problemanalyse- und Problembearbeitungsrastern sowie ein eher strukturiertes Vorgehen. Wichtig ist die Erarbeitung knapper, aber informativer Protokolle, die Führung einer Beschlussliste sowie einer Liste der offenen Punkte. Es ist notwendig, dass die Zusammenarbeit genau so ernst genommen wird, wie die Arbeit mit dem Patienten. Günstig kann sich von Zeit zu Zeit eine Rollenreflexion in der Gruppe auswirken.

		der offenen Tür). In mehrköpfigen ET-Teams kann eine klare Verteilung der verschiedenen Aufgaben auf die Beteiligten die Zusammenarbeit erleichtern. Von Bedeutung ist ebenfalls eine konstruktive Zusammenarbeit mit Vorgesetzten/Betriebsleitungen und Kommissionen, insbesondere da, wo ET-Abteilungen relativ autonom funktionieren wie beispielsweise in Ambulatorien.	

46. Er kennt psychologische Strukturen/Prozesse in Gruppen:

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist, dass der ET die verschiedenen Gruppenphasen kennt und in Interaktionen die Inhalts- und Beziehungsebene erkennen und klären kann. Ferner ist die Reflexion der Mann-Frau- und Patient-Therapeut-Rollen wichtig.	z.B. gruppendynamische Prozesse in hierarchischen und demokratischen Organisationen, Vor- und Nachteile einer Einzel- resp. einer Teamleitung, Probleme der Vertretung gegen aussen bei Teamleitungen, Führungsstile.	Wichtig ist die Kenntnis von Gruppenprozessen (Stadien/Gruppendynamik/ Rollen/Projektionen in hierarchischen und/oder demokratischen Organisationen). Günstig ist auch, wenn der ET institutionelle Strukturen in ihren Orientierungstendenzen (Patientenorientierung/ Mitarbeiterorientierung/ Verwaltungsorientierung erkennen kann.	Der ET kennt beispielsweise die Phasen in der Entwicklung von Gruppen, die Wirkung von Leitbildern und gruppendynamische Aspekte von hierarchischen und demokratischen Gruppen.

47. Der ET hat Einblicke in die Behandlungsformen angrenzender Berufsgruppen sowie in die entsprechenden Behandlungspläne für Patienten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 2 + 19 Es bestehen krankheitsbildorientierte, medizinische Behandlungspläne.	Der ET hat Einblicke in medizinische Behandlungen, in die Physiotherapie und die Logopädie. Günstig für die Zusammenarbeit ist die Benutzung einer gemeinsamen Krankengeschichte für einen Patienten.	Wichtig ist die Kenntnis der Grundlagen und Zielsetzungen anderer Berufsgruppen sowie in Sonderschulen die Kenntnis der Bildungskonzepte/ Lehrpläne.	Der ET hat Einblicke beispielsweise in verschiedene psychotherapeutische Behandlungsformen, in die Verhaltenstherapie, in die Physiotherapie, in die Bewegungstherapie, die Arbeitstherapie, in verschiedene Ausdruckstherapien (Musik/ Malen u.a.). er kennt medikamentöse Behandlungsformen und hat Einblick in die Pflegeplanungen der Abteilungen.

48. Der ET holt bei Mitarbeitern, bei Vertretern anderer Berufsgruppen sowie bei Bezugspersonen des Patienten die für seine Arbeit relevanten Informationen ein.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 2	Bei Schockphasen von Patienten, d.h. bei eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit ist es oft wichtig, Angaben über Interessen und Wertvorstellungen des Patienten von den Angehörigen zu bekommen.	s. 2	s. 2

49. Seinerseits informiert der ET in angemessener Form über seine Arbeit mit dem Patienten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. auch 45 günstig ist mündliche ggf. auch schriftliche Informationsabgabe anlässlich von Rapporten.	s. auch 45 Günstige Formen sind (Gespräche, Rapporte, Visiten (ggf. unter Einbezug von Demonstrationen).	Diese Information geschieht in adressatenspezifischer Form. Wichtig ist vielfach ein rasches Abrufenkönnen bei Anfragen.	Im mündlichen Austausch an Rapporten informiert der ET, z.T. auch anhand von Bildmaterial und Werkstücken.

	Eher ungünstig sind Mahlzeiten, sofern sie nicht als Arbeitslunch deklariert worden sind.		

50. In Zusammenarbeit mit angrenzenden Berufsgruppen koordiniert er die ergotherapeutischen Massnahmen eines Abstimmens der Gesamtziele

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 19	s.10 + 12	s. Erfassung	s. Bereiche Erfassung/ Planung. Wichtig ist eine klare Aufgabenverteilung durch Absprache „Wer macht was mit dem Patienten?“

51. Der ET versucht Konflikte und Konfliktansätze im Behandlungsteam möglichst frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu bearbeiten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist, dass Konfliktgespräche mit allen Beteiligten, auch den Vertretern des Hilfspersonals, geführt werden. Konflikte können häufig bei unklaren Abgrenzungen und Zuständigkeitsansprüchen zwischen ET und Physiotherapeuten entstehen. Wichtig ist, dass der ET die therapieunterstützenden Massnahmen in einer Form anregt, die die Vertreter der Pflege nicht als Einmischung in ihren Arbeitsbereich empfinden. Raumknappheit und Mehrfachbenutzung von Räumen sowie zeitliche Einengung durch Zeitpläne anderer Dienste (z.B. pflegerische Massnahmen, Arztvisiten, Physiotherapie) können ebenfalls Konflikte auslösen.	Neben unterschiedlichen Behandlungsvorstellungen können zuviel (seltener zuwenig) Arbeit, unklare Abwesenheiten, Stundenplanabänderungen, Umgangsstil, Bevorzugung einer Therapie u.ä. zu Konflikten führen. Schwierig wird die Bearbeitung dort, wo persönliche Konflikte auf der fachlichen Ebene ausgetragen werden und dies nicht angesprochen werden darf.	Regelmässige konstruktive Besprechungen können eine Vertrauensbasis schaffen, auf der auch Konflikte besser ausgetragen werden können. Konflikte können entstehen bei unklaren oder unflexiblen Abgrenzungen/Kompetenzbereichen, bei nicht explizit formulierten, wenig hinterfragten, aber wirksamen Haustraditionen („Regeln“), zwischen pädagogischen und therapeutischen Sichtweisen und Anliegen oder bei starker Hierarchie bestimmter Therapien	Konflikte können auch dort entstehen, wo die Behandlungsziele durch die verschiedenen Vertreter des Behandlungsteams sehr verschieden konkretisiert werden. Ggf. kann eine Reflexion der verschiedenen Wertvorstellungen und Menschenbilder helfen, Konflikte abzubauen. Bei unklaren Stellenbeschreibungen ist es notwendig, Kompetenzen abzuklären oder entsprechende Stellenbeschreibungen zu entwickeln.

52. Er vertritt eigene Meinungen und Überzeugungen sachlich in angemessener Offenheit.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Gelegenheit zur Meinungsäusserung der ET anlässlich von Stationsrapporten und bei Besuchen. Wichtig ist bei Um- oder Neubauten die Information der Architekten.	…an Rapporten, an Arztvisiten und in Teamsitzungen.		Wichtig ist, dass der ET Konzepte der ergotherapeutischen Arbeit auf Abteilungen fundiert und klar vertreten kann.

53. Er belegt Aussagen mit Unterlagen aus Abklärungen, Beobachtungen und Gesprächen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
	Da für die Ergotherapie eine wissenschaftlich orientierte Theoriebildung erst im Entstehen ist, werden Abklärungen und Beobachtungen aus der Ergotherapie hin und wieder von Vertretern wissenschaftlich fundierter Arbeitsbereiche zuwenig ernst genommen.		

54. Der ET nimmt seine Rollen und Funktionen in der Zusammenarbeit wahr und überdenkt diese.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Verglichen werden oft die Rollen und Funktionen der Physiotherapeuten, die in der Regel 100% und strukturierter arbeiten mit denjenigen der ET, die häufig 80% und eher offener arbeiten. Auf der einen Seite werden ET (hin und wieder) beneiden, „weil sie mehr Freiheiten haben", auf der anderen Seite werden sie oft gerade deshalb weniger ernst genommen. Wichtig ist, dass ET sich gegen eine allfällige Rolle des „Mädchen für alles" zur Wehr setzen. Notwendig ist oft auch eine gute Information der neuen Assistenzärzte über die Möglichkeiten der ergotherapeutischen Arbeit mit alten oder chronischkranken Menschen. Wichtig ist ebenfalls, dass der ET Einsätze ausserhalb der regulären Arbeitsstunden (wie Kochgruppen, Abendunterhaltungen) hin und wieder sichtbar macht.	Die Rollen und Funktionen im Bereich Physiatrie können oft sehr gegensätzlich sein: Wird der ET zu stark zum „Zugpferd" für Koordination und neue Impulse, besteht eine Gefahr der Verzettelung. Erfahrene Ergotherapeuten werden oft (wie erfahrene Krankenschwestern zu tragenden Elementen in einer Institution mit ständig wechselnder Führungsschicht (Ärzte). Hin und wieder ist es auch so, dass vom Ergotherapeuten und seiner Arbeit Unmögliches erwartet wird. Aufklärungsarbeit ist dort notwendig, wo Patienten in die Ergotherapie „abgeschoben" werden. Wichtig ist in aller Zusammenarbeit eine massvolle Abgrenzung und Eigenständigkeit.	Häufig kann der ET in die Rolle des Koordinators und Vermittlers kommen. Dort, wo Rollenzuteilungen aufgrund von „lieb" und „streng" (z.B. „liebe" Erzieher – „strenge" ET) gemacht werden, muss der ET aufklären und derartige Rollenzuschiebungen abbauen. Hin und wieder kann es zwischen neuen (noch unerfahrenen) Assistenzärzten und ET mit langer Berufserfahrung zu Kompetenzkonflikten kommen.	Wichtig ist, dass der ET von der Vorstellung der Gleichberechtigung ausgeht: An Rapporten habe ich ebenfalls so viel zu sagen, wie Vertreter der anderen Rehabilitationsbereiche, d.h. die ergotherapeutische „Sicht der Dinge" bereichert das Bild des Patienten. Günstig ist, wenn der ET sein Konzept und seine Zielsetzungen immer wieder klar formuliert und seine Stellung zwischen Beschäftigung und Psychotherapie klären kann. Dort, wo ET als Belohnung und Arbeitstherapie als Bestrafung eingesetzt wird, muss der ET aufklären. Eher ungünstig sind Rollenzuschiebungen des „Allrounders", der „Basteltante" des „Dekorationsbetriebsleiters". Sofern Pfleger als Co-Leiter in Gruppen mitarbeiten, ist der entsprechende Auftrag klar auszuformulieren. Wenn ein ET eine Leitungsfunktion übernimmt, ist er für diese Arbeit zu entlasten, d.h. er behandelt nicht gleich viele Patienten wie seine Mitarbeiter.

55. Er setzt sich für sinnvolle Regelungen der Zusammenarbeit ein.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstige Möglichkeiten sind institutionalisierte, häufige und regelmässige Sitzungen in den entsprechenden Gremien.	Günstige Regelungen sind feste Besprechungszeiten, regelmässige Beteiligung an Rapporten und Visiten. Zusammenarbeit wird erleichtert durch Mehrjahrestätigkeit als ET in der gleichen Stelle.	Sinnvoll sind Regelungen dann, wenn die Alltagsgestaltung klarer und die Verteilung von Aufgaben einfacher wird, wenn Doppelspurigkeiten vermieden werden können und das Verhältnis von Aufwand und Ertrag sich verbessert.	Sinnvoll wird die Zusammenarbeit dann, wenn sie quantitativ und qualitativ in einem angemessenen Verhältnis zur Arbeit mit dem Patienten steht, wenn Offenheit, Kritikfähigkeit und gegenseitige Bestätigung möglich sind.

2.1.2. Tätigkeitsbereich: Organisation/Administration

Zusammenfassung
Der ET kennt verschiedene Organisations- und Administrationsformen einer ET-Abteilung. Er ist in der Lage, eine ET-Abteilung aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln (Konzeptentwicklung bzw. –realisierung).

Ausführungen

56. Vor einem Stellenantritt informiert sich der ET über die Anstellungsbedingungen, über Rechte und Pflichten, Versicherungswesen, über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Lohneinstufung und Aufstiegsmöglichkeiten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Entsprechende kantonale Zusammenstellungen i.S. der gesamtschweizerischen Verhältnisse wären	Günstig wäre, wenn der Berufsverband entsprechende Statistiken zusammenstellen könnte. Die	In den einzelnen Kantonen existieren sehr unterschiedliche Anstellungsbedingungen und Einstufun-	Auszuwerten wären die entsprechenden Umfragen der VSE-Lohngruppe. Wichtig ist, dass der ET

noch auszuarbeiten. Günstig könnte ebenfalls ein Vergleich mit anderen Zweitausbildungen sein.	„Bandbreite“ in den angeführten Bereichen ist im Raum Schweiz sehr breit, da die Gesundheitsgesetze kantonal verankert sind. Wichtig ist, dass der ET vor Stellenantritt eine Stellenbeschreibung verlangt und Einblick in das Pflichtenheft des ET erhält. Die Besoldungsrichtlinien des VSE orientieren sich an den Besoldungsansätzen des Kantons Basel-Stadt, die gesamtschweizerisch verglichen, hoch sind.	gen. Günstig wären klarere Richtlinien des Verbandes. Die Leiter von ET-Teams sollten Interessenten/ Mitarbeiter entsprechend informieren können.	Institutionskonzepte verstehen und analysieren kann.

57. Der ET setzt sich auseinander mit verschiedenen möglichen Organisations- und Administrationsformen von ET-Abteilungen.

Bereich Geriatrie: Wichtig ist eine Klärung der Kompetenz- und Unterstellungsverhältnisse innerhalb der jeweiligen Institution. Bei Teamleitungen innerhalb der ET werden die Verantwortlichkeiten nach Fähigkeiten und/oder rotierend aufgeteilt. Notwendig ist bei dieser Variante, dass eine Person die Vertretung gegen aussen übernimmt. Im Bereich der geriatrischen Ergotherapie müssten die Rollen und Funktionen der ET-Hilfen besser geklärt werden. Schwierig kann die Zusammenarbeit auf Mitarbeiterebene mit nichtausgebildeten Stelleninhabern werden.	Bereich Physiatrie: Der institutionelle Rahmen bestimmt in vielen Teilen die ergotherapeutischen Organisations- und Administrationsformen (Schwergewichte der ET, Selbständigkeit oder Integration in die Rehabilitation, Unterstellungsverhältnis Arzt, Psychologe, Physiotherapie oder Pflege). Bei Teamleitungen sind eine klare Aufgabenteilung – ggf. mit rotierenden Funktionen – und eine festgelegte Vertretung gegen aussen günstig.	Bereich Pädiatrie: Derartige Organisations- und Administrationsformen sind in Stellenbeschreibungen und Pflichtenheften erkennbar. Günstig kann sich eine Aufteilung in verschiedene Spezialisierungsgebiete auswirken. Wichtig ist ebenfalls die Mithilfe in der Veränderung/Verbesserung von Stellenbeschreibungen und Pflichtheften.	Bereich Psychiatrie: Organisations- und Administrationsformen sind immer auch institutionsabhängig. Wichtig ist, dass die Mitglieder eines ET-Teams bei Neuanstellungen ein Mitspracherecht haben.

58. Der ET ist in der Lage, das Gesamtkonzept einer Institution zu erkennen und den ergotherapeutischen Auftrag darin wahrzunehmen bzw. zu vertreten.

Bereich Geriatrie: Die ergotherapeutischen Aufträge können je nach Institution (Spital/Tagesspital/Tagesheim/Heim für Langzeitpatienten/Alters- und Pflegeheim) verschieden sein. Die Bandbreite erstreckt sich von eher funktionellen bis zu vor allem aktivierenden Ansätzen, von der Arbeit in einem zentralen ET-Raum bis zur Arbeit mit offenen Gruppen auf Abteilungen (mit Materialwagen). Die Animation auf Abteilungen durch Pflegepersonal beurteilen ET hin und wieder als problematisch.	Bereich Physiatrie: Der ergotherapeutische Auftrag verschiebt sich akzentmässig je nach Institution (Klinik, Ambulatorium, selbständige Praxis). Innerhalb der Klinik verändert sich der Auftrag je nach Zuständigkeit der verschiedenen Fachgebiete nochmals.	Bereich Pädiatrie: Im Bereich der pädiatrischen Ergotherapie variiert der Auftrag, je nachdem, ob es sich um ein Kinderspital, um eine Sonderschule, um die Frühberatung oder um ein Ambulatorium handelt. Die letzten zwei Institutionen verlangen intensivste Zusammenarbeit mit den Eltern (Anleitung).	Bereich Psychiatrie: Der ergotherapeutische Auftrag kann sich etwas verändern, je nachdem, ob die ET in einem zentralen Raum oder dezentral auf den Abteilungen stattfindet, ob der Patient stunden-, halbtages- oder tagesweise in die ET kommt, ob es sich um Akut-, Rehabilitations- oder Langzeitpatienten handelt, ob die Behandlung ambulant durchgeführt wird oder ob das Klinikkonzept z.B. milieutherapeutisch ausgerichtet ist.

59. Er kann im Rahmen des Gesamtkonzeptes einer Institution eine schon bestehende ET-Abteilung weiterentwickeln bzw. eine ET-Abteilung neu aufbauen.

Bereich Geriatrie: Notwendig für diese Schritte ist die Fähigkeit zur Analyse von bestehenden resp. neu zu schaffenden Stellen sowie die Analyse des therapeutischen Auftrages innerhalb der Institution.	Bereich Physiatrie: Wichtige Aspekte, die bei der Weiterentwicklung resp. beim Neuaufbau einer ET-Abteilung berücksichtigt werden müssen, sind: Patientengruppen, weitere Therapiebereiche, personelle und finanzielle Gegebenheiten und Einzel- resp. Gruppenbehandlung.	Bereich Pädiatrie: In der Weiterentwicklung resp. im Neuaufbau einer ET-Abteilung ist die Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes, des Stellenplanes, der räumlichen und finanziellen Möglichkeiten und vor allem die Patientenanmeldungen (Zahl und Krankheits- resp. Behinderungsart) zu berücksichtigen. Mitzuberücksichtigen ist ferner die Geschichte der Institution und	Bereich Psychiatrie: Mitbeeinflusst wird die Weiterentwicklung resp. der Neuaufbau durch die Bewertung der ET durch die Klinikleitung, durch den Spielraum für Versuche/ Experimente, durch Veränderungen der Krankheitsbilder der Patienten sowie durch die zur Verfügung stehenden Finanzen, Räume und Materialien. In den letzten Jahren sind immer wieder getrenntge-

		regionale Veränderungen (weitere neue Institutionen). Bei Erweiterung der ET-Abteilung sind die Fristen für das Bewilligungsverfahren für neue Stellen in die Planung miteinzubeziehen.	schlechtliche Abteilungen in gemischte Abteilungen umgewandelt worden. Dies hat ebenfalls Auswirkungen auf den ergotherapeutischen Auftrag.

60. Er verarbeitet Diagnose, Ergebnisse der Erfassung und der Behandlung zu Verlaufs- und Abschlussberichten zuhanden von Behandlungsakten, Rapporten, Statistiken, Jahresberichten u.a.m.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. Bereich Auswertung	In verschiedenen Kliniken bestehen differenzierte und erprobte Raster. Günstig wäre eine ergotherapiespezifische Standardisierung z.B. von Aufnahmestaten und Abschlussberichtskriterien.	s. Bereich Auswertung	Eine standardisierte Kurzform für ergotherapeutische Verlaufs- und Abschlussberichte wäre noch zu entwickeln. In der BRD existieren entsprechende Beurteilungsbogen. (s. auch Tätigkeitsbereich Auswertung)

61. Er verfasst Anträge.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Wichtig ist die Formulierung von detaillierten, gut begründeten Anträgen. Je nach Dienststelle empfiehlt es sich, Statistiken und Vergleiche beizulegen.	Viele Institutionen haben feste Formulare für Anträge. Wichtig ist, dass Anträge, seien sie nun patienten- oder materialbezogen, gut begründet und ggf. von Statistiken und weiteren Datenzusammenstellungen begleitet sind.	Anträge sind gut zu begründen.	Einzelne Kliniken verwenden standardisierte Formulare oder Raster.

62. Der ET erstellt erforderliche Stunden-, Tages- und Wochenpläne für sämtliche anfallenden Arbeiten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstig sind Steckwände oder Molton- und Haftttafeln. Wichtig ist das Festlegen von fixen Zeiten für Teambesprechungen, Stationsrapporten sowie von Vorbereitungs- und Auswertungszeiten.	Hier bestehen institutionsspezifische Formen. Günstig ist das Festlegen von fixen Zeiten für Teambesprechungen, für administrative Aufgaben, die Markierung der Behandlungsphasen und das Festlegen von Planungs- und Auswertungszeiten von Behandlungen.	Diese Pläne werden sehr individuell ausgearbeitet. Günstig ist die Festlegung von Sitzungszeiten (inkl. Praktikantenbesprechung) und Planungs- resp. Auswertungsphasen.	Günstig ist ein Zentralplan mit Aufgabenverteilung an ET-internen Rapporten. Bei mehrköpfigen ET-Teams kann die Verteilung der anfallenden Aufgaben auf alle Mitglieder die Effizienz der ET-Station/Abteilung steigen.

63. Aufgrund der Gesamtplanung organisiert er die für seine Arbeit/Abteilung erforderlichen Räume.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Entsprechende Listen für Grundausstattungen wären – den heutigen Verhältnissen angepasst – auszuarbeiten.	Es existieren Listen für die Grundausstattung von ET-Räumen (Jentschura, Diplomarbeiten).	Die Räume müssen je nach Entwicklungsalter und Behinderung des Kindes unterschiedlich ausgestattet sein. Für den Körperbehindertenbereich sind entsprechende Listen ausgearbeitet worden. Dort wo nichtbehindertengerechte Neubauten (im Spital- und Sonderschulbereich) entstehen, ist wichtig, dass der ET den verantwortlichen Gremien entsprechende Rückmeldungen gibt und sich nicht zu rasch stillschweigend den ungünstigen Gegebenheiten anpasst.	Der Verband der deutschen ET hat entsprechende Listen herausgegeben. Die Grundausstattung variiert je nach ergotherapeutischem Auftrag. Evtl. könnten, die Darstellungen der Raumgestaltungen in den Praktikumsberichten der ET-Schüler ausgewertet werden.

64. Er gestaltet und nutzt die Räume möglichst optimal.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Kriterien für die Raumgestaltung liegen in den entsprechenden Patientengruppen, im ET-Konzept sowie im Stundenplan (und der Arbeitsaufteilung bei Teilzeitstellen). Günstig ist die Möglichkeit zur Nischenbildung und zum Unterteilen der Räume.	Kriterien für die Raumgestaltung sind entsprechende Patientengruppen, Behandlungsformen, arbeitspsychologische, ergonomische und arbeitsphysiologische Gesichtspunkte u.ä. Günstig sind die Möglichkeit zur Raumunterteilung und das sofortige zur Verfügung haben des notwendigen Materials (wie beispielsweise Schienenzubehör, funktionelle Spiele).	In der pädiatrischen ET sollten die Räume und Einrichtungen in etwa einer Normalwohnung entsprechen (Küche/Bad/ Nasszonen). Wichtig ist auch, dass die Räume teilweise unterteilbar sind.	Die Raumgestaltung sollte je nach Patienten veränderbar sein. Kriterien sind Mindestfläche, Bodenbeschaffenheit, Luftraum, Materialraum, Isolierung, Nass- und Kochzone sowie Beleuchtung. Wichtig ist, dass ein Raum/Räume für Einzel- und Gruppentherapie vorhanden sind, und dass Rückzugsmöglichkeiten für Patienten bestehen. Bei Um- und Neubauten ist eine Zusammenarbeit zwischen Architekt und ET anzustreben.

65. Der ET übernimmt (ggf.) den Einkauf, die Verwaltung und den Unterhalt von Einrichtungen, Werkzeugen, Materialien und Hilfsmitteln.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstig ist eine eigene Kasse für kleinere Anschaffungen mit einem gewissen Freiraum.	Bei grösseren Abteilungen kenn die Schaffung einer Teilstelle für Einkauf, Unterhalt, Videodokumentation u.ä. sinnvoll sein. Der Aufgabenbereich kann aber auch rotierend durch Teammitglieder übernommen werden. Günstig kann die Kontaktaufnahme mit den technischen Diensten der Institution sein.	Der ET kennt die gebräuchlichsten Hilfsmittel (Rollstühle, Velos, usw.) und informiert sich laufend über Neuerungen durch Besuche von Ausstellungen und Messen und durch Rücksprachen bei den entsprechenden Herstellerfirmen. Der ET berät Schüler, Angehörige, Erzieher und Lehrer bei der Auswahl geeigneter Geräte. Er führt einen Katalog mit Prospekten verschiedener firmen. Er hält diese Unterlagen auf dem neuesten Stand. Er kennt Quellen und Auskunftsstellen für spezielle Hilfsmittel wie Computer und behindertenspezifische Programme, Spezialtastaturen, Sprachausgabegeräte (FST, KBZO, Körperbehindertenzentrum Oberschwaben u.ä.). Falls an seinem Arbeitsplatz notwendig, erwirbt der ET die erforderlichen Kenntnisse zum Einsatz dieser Geräte. Er kann Schüler, Eltern, Lehrer in den Umgang damit einführen. Der ET hält sich über die IV-Bestimmungen auf dem Laufenden. Er führt eine Liste wichtiger Telefonnummern (regionale IV-Stellen, Pro Infirmis, Hilfsmitteldepot usw.) Dieser Aufgabenbereich wird sehr institutionsspezifisch gehandhabt. Günstig ist, wenn ein bestimmter finanzieller Freiraum besteht und wenn angemessene Regelungen erarbeitet werden können.	Wichtig ist, dass der ET Beziehungen zu grösseren Firmen aufbaut, Informationstage besucht und auf eine klare Regelung der Finanzierung drängt. Günstig ist eine möglichst übersichtliche Organisation des Lager (Werkzeuge/ Material und Hilfsmittel).

66. Der ET bewältigt in diesem Bereiche ggf. die Budgetplanung und das entsprechende Rechnungswesen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Ausgangslage ist das entsprechende ET-Konzept. Zu unterscheiden ist zwischen unbedingt notwendigen und aufschiebbaren Posten.	Der ET sollte eine kleinere Buchhaltung selbständig führen können, ein Budget planen können und Kostenbewusstsein haben (entwickeln). In Institutio-	Er muss eine kleinere Kasse und Buchhaltung führen können.	Für die Arbeit in diesem Bereiche muss der ET eine kleinere Buchhaltung selbständig führen können.

	nen mit Computer kann es zeitsparend sein, wenn der ET für diesen Bereich den Computer benützen kann.		

67. Bei selbständiger Praxis als Ergotherapeut kommen weitere organisatorische und administrative Anforderungen dazu (Verhandlungen, Verträge, Anträge, Begründungen, Berichte, Abrechnungen u. dgl.)

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Im Bereich der selbständigen geriatrischen Ergotherapie sind einzelne Modelle geplant. Wichtig wäre bei geriatrischen Patienten die Zusammenarbeit beispielsweise mit Pro Senectute, Rotem Kreuz u.a. bei Langzeitpatienten mit der Pro Infirmis.	Die Führung einer selbständigen Praxis verlangt vom ET eine fundierte berufliche Erfahrung. Neben den aufgeführten administrativen Aufgaben kommen hinzu: Werbung, Information, Budgetplanungen, Steuerfragen, komplexere Buchhaltung und Kontakte mit den zuweisenden Ärzten.	Bei selbständiger Praxis als Ergotherapeut kommen weitere organisatorische und administrative Anforderungen dazu (Verhandlungen, Verträge, Anträge, Begründungen, Berichte, Abrechnungen u. dgl.).	Wichtig ist, dass der ET bei Eröffnung einer eigenen Praxis gezielt Informationen und Werbung (z.B. in Form einer Broschüre) versendet. Wichtig ist, dass der ET aufgrund der angesprochenen Adressaten entscheidet, „was" „wann" sinnvoll ist. Günstig ist die Information über ein Zentrum.

2.1.3. Tätigkeitsbereich: Führung

Zusammenfassung
Ggf. übernimmt der ET im Rahmen seines Auftrages Führungs- und Personalaufgaben (Leitung einer Abteilung, Anstellungen, Leistungsbeurteilung, u.ä.).

68. Der leitende ET verwendet geeignete Führungs- und Organisationsinstrumente (Leitbild), Führungshandbuch, Organigramm, Projektorganisation und Entwicklung, Funktionendiagramm, Pflichtenhefte.).

69. Er setzt in seiner Arbeit effiziente Führungstechniken ein (Führung durch Zielsetzung, Delegation und Stellvertretung, Informationstechniken, Führungsstil, Konfliktbearbeitung u.ä.).

70. Er kennt Verfahren der Organisationsanalyse und –entwicklung.

2.2 TÄTIGKETISBEREICH: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Zusammenfassung
Der ET setzt sich mit Entwicklungen im gesamtgesellschaftlichen Rahmen auseinander. Er ist sich der Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit und berufspolitischer Aktivität bewusst. Er informiert entsprechende Personengruppen über Möglichkeiten, Bedeutung, Indikationen, Ziele und Methoden der Ergotherapie.

71. Der ET verfolgt Entwicklungen im gesamtgesellschaftlichen Rahmen und setzt sich auseinander mit Einstellungen der Öffentlichkeit zum kranken, behinderten und alten Menschen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Gegenwärtig herrscht in breiten Schichten der Bevölkerung die Vorstellung der starken Leistungsorientierung bis ins 65. resp. 63. Altersjahr vor. Das Problem des Älterwerdens wird in einzelnen Gruppen recht stark verdrängt, auch die Solidarität mit Randgruppen ist – z.T. als Folge der angespannteren Wirtschaftslage – seit den 80er Jahre eher zurückgegangen. Auf Gemeindeebene scheint das	Gesamtgesellschaftlich wird gegenwärtig die Jugend sehr favorisiert und Krankheit, Behinderung und Alter eher verdrängt. Die ergotherapeutische Arbeit im Bereich der Physiatrie wird gegenwärtig stark durch Gesetzesrevisionen (IV/kantonale Gesetzgebungen) sowie durch die Tendenz zu Sparmassnahmen mitbestimmt. Wichtig ist, dass der ET diese Entwicklungen genau verfolgt.	Auch in der pädiatrischen ET sind die Kinderzahlen infolge der allgemeinen Geburtenrückgänge rückläufig. Zugenommen hat – infolge medizinischer Fortschritte die Zahl schwerstbehinderter Kinder. In Bereichen der Sonderpädagogik hat eine Zunahme der Handlungsorientierung in der Förderung behinderter Kinder eine gewisse Annäherung an ergotherapeutische Behandlungsprinzipien gebracht. Ver-	Der VSE hat eine Dokumentation über die verschiedenen psychiatrischen Institutionen mit ET im CH-Raum erarbeitet

Problem der Überalterung der Bevölkerung den zuständigen Behörden z.T. bewusster als auf kantonaler und eidgenössischer Ebene. Allerdings sind hier starke regionale Unterschiede festzustellen. Wichtig ist, das ET vermehrt an Konzeptentwicklungen auf Gemeindeebene mitarbeiten helfen und dem berufstätigen Teil der Bevölkerung bewusst machen, dass in der Gegenwart die Infrastrukturen für das zukünftige eigene Alter entwickelt werden. In einzelnen Medien (Fernsehen/Radio/Presse) ist eine verstärkte Auseinandersetzung mit den Fragen des Alters festzustellen.	Viele regionale Selbsthilfegruppen wurden von Selbsthilfeorganisationen von Patienten und Ärzten gegründet. Eine weitere Entwicklung vollzieht sich im Ausbau der spitalexternen Pflege (Spitex). Wichtig ist, dass ET auf Gemeindeebene in der Planung und Realisierung von Tagesheimen, Alterstreffpunkten und Gesundheitszentren mithelfen. Die ergotherapeutische Arbeit wird in der Schweiz mehrheitlich von Frauen ausgeführt. Diese Situation hat. z.T. sehr starken Einfluss auf die Einschätzung der Arbeit (Diskriminierung von Frauenarbeit) und die Entlöhnung. In allen diesen Bereichen ist eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit wichtig.	stärkt hat sich die Kritik an der Schulmedizin durch die Alternativmedizin. In dieser Diskussion steht die ET in einer Zwischenstellung. Die Rezession in der Wirtschaft hat zu Arbeitsplatz-, Lehrstellenmangel und zu vermehrter Rationalisierung und Automatisierung geführt. Zugenommen hat die Tendenz zur Teilzeitarbeit. Diese Entwicklungen haben Auswirkungen auf den Eingliederungsbereich. Es hat zunehmend zuwenig Plätze für junge behinderte Menschen; anstelle der Integrationswelle der 70er Jahre sind vermehrt wieder Separationstendenzen eingetreten. In einzelnen Kantonen sind Integrationstendenzen institutionalisiert worden (Behinderte in Normalklassen). Die Entwicklung elektronischer Hilfsmittel ist eine Chance für die Eingliederung von Körperbehinderten, Geistigbehinderte sind von diesen Hilfsmitteln rasch überfordert (Denkfähigkeit). Dies alles hat konkrete Auswirkungen auf die Ergotherapie mit behinderten Kindern und Jugendlichen.	

72. Er informiert über Berufspraxis und Ausbildung zum Ergotherapeuten innerhalb/ausserhalb der Institutionen.

Bereich Geriatrie: Informationen sind ausserhalb der Institution vor allem auf Gemeindeebene und auf Verbandsebene notwendig. Wichtig ist eine permanente Information der Berufsberatungen. Günstig kann auch eine Dozententätigkeit in Pflege- und Schwesternschulen sein. Neben mündlicher Information wären ergänzende Videodokumentationen sinnvoll.	Bereich Physiatrie: Innerhalb einer Institution ist die regelmässige Information von Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Logopäden über die ergotherapeutischen Möglichkeiten sehr wichtig. Ausserhalb der Institution ist Informationsarbeit bei angehenden Medizinern in Schwesternschulen, bei Hausärzten, Gemeindeschwestern, Haushilfen, Sozialdiensten, Berufsberatungsstellen und Hilfsorganisationen (wie Pro Infirmis/Invalidenverband u.a.) sinnvoll. Günstig ist ebenfalls die Mitarbeit an Tagungen/Kongressen von Ärzten und anderen verwandten Berufen und die Orientierung von Versicherungen, Verwaltungen und Behörden.	Bereich Pädiatrie: Eine mittelbare Öffentlichkeitsarbeit besteht darin, dass der ET mit dem behinderten Kind – sofern möglich – draussen arbeitet (z.B. Einkaufen). Günstig ist die Information in entsprechenden Ausbildungsinstitutionen (Lehrerseminare, Sonderpäd. Ausbildungsstätten u.ä.) und in Vereinen (z.B. Müttervereinigungen). Sinnvollerweise geschieht die Information anhand eines Kindes, das behandelt worden ist/wird (instruktives Fallbeispiel). In Sonderschulen kann die Mitarbeit in der ET an Quartierfesten zur Öffentlichkeitsarbeit beitragen. Günstig kann – institutionsintern - die Mitarbeit in einer Personal- oder Hauszeitung sein.	Bereich Psychiatrie: Die Öffentlichkeitsarbeit in der Klinik und in Pflege- oder Schwesternschulen (teilweise Teil des Ausbildungsprogramms) ist von grosser Bedeutung und sollte mehrmals wiederholt werden, da bei einmaliger Information oft wenig aufgenommen wird. Günstig sind Instruktionen auf der Handlungsebene, da hier mehr aufgenommen wird als durch rein verbale Information. Neue Mitarbeiter anderer Therapiebereiche sollten regelmässig informiert werden. Wichtig wäre auch das Verfassen von Artikeln in interdisziplinären Zeitschriften. Notwendig wären vergleichende Publikationen z.B. über Ergotherapie - Kunsttherapie, in denen Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet würden. Notwendig ist ebenfalls die permanente Information der Berufsberatungsstellen.

73. Er setzt sich auseinander mit Denkformen und Motivationslagen entsprechender Adressatengruppen.

Bereich Geriatrie: Wichtig ist, dass der ET die Adressaten vorerst kennen und ihre Ziel- und Wertvorstellungen verstehen lernt, bevor er ggf. korrigierende Informationen abgibt. Häufig werden sehr schwache, alte Menschen wie Kinder behandelt oder nur noch physisch-pflegerisch betreut. Diese Praktiken gilt es zu über-	Bereich Physiatrie: Die vermehrt ganzheitliche Betrachtungsweise von ET steht im Gegensatz zur „Motor-Vorstellung“ vom Körper bei vielen Patienten, die das Gefühl haben, man könne kranke Teile auswechseln. In vielen Situationen kann der ET unter Druck kommen, wenn alle Massnahmen berechnen- und beweisbar sein	Bereich Pädiatrie: Anstösse in die Öffentlichkeit können von ergotherapeutischen Grundsätzen wie Hilfe zur Selbsthilfe, Unterstützung gesunder Anteile im behinderten Kind, Stärkung von betroffenen Familien, Vermeidung der Abschiebung von Behinderten in Institutionen, Verbesserung der Lebensqualität auch von	Bereich Psychiatrie: Grosse Teile der Bevölkerung sind sehr leistungs- und produktorientiert. Diese Werthaltungen stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zu ergotherapeutischen Werthaltungen wie Prozessorientierung, Differenzierung der Kreativität und Hilfe zur Selbsthilfe (anstelle von Anpassung). Wichtig ist, dass der

denken. Alternative Formen des Umganges werden häufig günstiger vorgelebt als nur verbal mitgeteilt.	sollen und rentieren müssen.	Schwerstbehinderten u.ä. ausgehen.	ET die Werthaltungen entsprechender Adressaten nicht bekämpft, sondern durch die eigenen zu ergänzen bzw. relativieren versucht.

74. Er kann seine Sprache dem Verständnis der Gesprächspartner anpassen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 73.	Wichtig ist, dass der ET schichtspezifische Wertvorstellungen und den Informationsstand von bestimmten Berufs- und Bevölkerungsgruppen kennt.	Hier ist wichtig, dass der ET vorerst gut zuhören und auch nonverbale Informationen des Gesprächspartners aufnehmen kann.	Wichtig ist, dass der ET in der Sprache des Gesprächspartners zu formulieren versucht und die jeweils aktuelle Rolle, die er innehat, reflektiert.

75. Der ET kennt die Bedeutung beruflicher Organisationen und deren Strukturen, Aufgaben und Kompetenzen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Berufliche Verbände sind der VSE sowie Regionalgruppen, der WFOT sowie Regionalverbände. Ebenfalls berufliche Anliegen kann der VPOD wie weitere gewerkschaftliche Vereinigungen, vertreten.	Berufliche und beruflich angrenzende Organisationen sind VSE sowie Regionalgruppen, WFOT, WHO, SRK, VESKA, die Ärztegesellschaft, der Berufsverband der Physiotherapeuten, aber auch Behindertenorganisationen wie SAEB, Mobility International, Rheumaliga, Pro Infirmis, Fachstelle für behindertengerechtes Bauen u.ä.	Derartige Organisationen sind bspw. WFOT, VSE, VPOD, Bobath-Vereine, Berufsverband der Früherzieher, Verein der Fachkräfte für Körperbehinderte u.ä.	VSE / FWOT / VPOD

76. Er kennt die Struktur des Schweiz. Gesundheitswesens.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Das schweizerische Gesundheitswesen ist in Teilen sehr föderalistisch, da die Gesundheitsgesetzgebungen kantonal sind. Eidgenössische Organisationen sind die IV, die SUVA, die AHV.	Wichtig sind genaue Kenntnisse der IV, SUVA, AHV, Krankenkassen (KVG) und der kantonalen Gesundheitsgesetze. Wichtig ist auch die Kenntnis der Tatsache, dass präventive Massnahmen wie beispielsweise bei Rheumaverhütung noch immer nicht unter die Versicherungsleistungen fallen.	ET gehört zu den medizinisch-therapeutischen Berufen und wird in der Regel ärztlich verordnet. Das Gesundheitswesen ist kantonal organisiert (Gesetzgebung/Anstellungsbedingungen). Teilweise gibt es eine unterschiedliche Praxis bei IV-Regionalstellen. Wichtig ist, dass der ET diese kennt sowie die regionalen Pro Infirmis-Stellen.	nicht bearbeitet.

77. Er versucht die Berufssituation der ET innerhalb des Gesundheitswesens zu erfassen und seinen Auftrag innerhalb dieses Rahmens zu definieren bzw. zu überprüfen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Im ergotherapeutischen Bereich ist eine künftige Profilierung notwendig. Unklarheit besteht in der Praxis immer noch in der Zusammenarbeit von ET mit Aktivierungstherapeuten, Betagtenbetreuern und Animatoren. Wichtig ist, dass ET immer wieder die physischen und psychischen Anliegen alter Menschen vertreten. Im Bereiche der Langzeitpatienten könnten ET vermehrt den Aufbau von Selbsthilfeorganisationen unterstützen helfen.	s. auch 71.	s. 58. (62) Relativ neu ist die Einschränkung der Frühbehandlung im Gesundheitswesen zugunsten von sonderpädagogischen Früherziehern.	nicht bearbeitet.

78. Er kann Institutionskonzepte und Organisationsstrukturen analysieren und seine berufspezifischen Auftrag darin wahrnehmen, konkretisieren, anpassen, sichtbar machen und begründen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
s. 58.	Wichtig ist, dass der ET entsprechende Organigramme lesen kann und formelle und informelle Dienstwege erkennt. Ebenfalls notwendig ist das allmähliche Erkennen der ideellen Werte einer Institution, da diese in der Regel nicht explizit ausformuliert sind, aber die Arbeit z.T. massgeblich mitbeeinflussen können.		nicht bearbeitet

2.3. TÄTIGKEITSBEREICH: PSYCHOHYGIENE

Zusammenfassung
Der ET verarbeitet die beruflichen Erfahrungen und bewältigt die beruflichen Belastungen.

79. Der ET kennt verschiedene Möglichkeiten (z.B. Supervision), um seine beruflichen Erfahrungen zu verarbeiten und um sich von den Belastungen der Berufsarbeit zu erholen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Günstig ist der Erfahrungsaustausch mit Kollegen, Supervision wäre erwünscht, ist aber kaum irgendwo innerhalb einer Stelle realisiert. Belastend in der Arbeit mit chronischkranken und alten Menschen kann sein: die Konfrontation mit dem Abbau der physischen und psychischen Kräfte der Patienten, „Rückschritte“ und Rückfälle der Patienten nach Phasen der Stabilisierung, das oft langsame Sterben und die Konfrontation mit dem Tod. Belastend wird die Arbeit auch dann, wenn der ET die Arbeit in der Institution hinterfragt und am Sinn seiner Arbeit zu zweifeln beginnt, oder die Spannung zwischen dem, was nötig wäre und dem was er leisten kann, schlecht ertragen kann. Belastend kann ebenfalls sein der z.T. enorme Informationsverlust im Bereiche der Zusammenarbeit.	Günstig ist ein regelmässiger Erfahrungsaustausch z.B. in Teambesprechungen oder Gesprächen mit Drittpersonen evtl. auch mit Kollegen, die in anderen Institutionen arbeiten. Belastend in der Berufsarbeit kann werden, wenn der ET zu viele/zu wenig Patienten behandeln muss/kann, wenn er den Eindruck von verstärkter Routinearbeit und Wiederholung bekommt, wenn er permanent Überstunden macht oder schriftliche Arbeiten zusätzlich zu Hause erledigt, wenn dauernd – auch in Arbeitspausen – über Patienten gesprochen wird. Bei neu in den Beruf einsteigenden Mitarbeitern ist wichtig, dass sie eine Stelle antreten, die sie nach Einarbeitungszeit auch wirklich bewältigen können, und zu hohe Erwartungshaltungen gegenüber sich und den ergotherapeutischen Möglichkeiten der Realität anpassen lernen.	Eine günstige Form der Verarbeitung ist das Gespräch mit guten Kollegen oder Freunden, die zuhören können. Grosse Teile beruflicher Erfahrungen können durch Formulierung verarbeitet werden. Eine weitere Möglichkeit besteht in Einzel- oder Gruppensupervisionen (allerdings muss der Supervisor über eine entsprechende Ausbildung verfügen). Wichtig ist eine sinnvolle Freizeitgestaltung, die ggf. auch das Abstandnehmenkönnen zur Berufsarbeit unterstützt. Die Arbeit mit behinderten Kindern kann als „Fass ohne Boden“ erlebt werden. Hier ist wichtig, dass der ET seine Möglichkeiten immer wieder realistisch einschätzen lernt sowie seine Motive zur Behindertenarbeit (Helfersyndrom) immer wieder überdenkt. Belastend in der Berufsausübung kann die Zusammenarbeit werden, wenn sie durch Hierarchiedenken, Kompetenzgerangel, Informationsverlust u.ä. erschwert wird.	Wichtig ist ein permanenter Erfahrungsaustausch mit Berufskollegen innerhalb und ausserhalb des ET-Teams. Das Führen eines Tagebuches (schreiben/zeichnen) kann die Verarbeitung beruflicher Erfahrungen unterstützen. Eine wichtige Verarbeitungshilfe ist die Supervision. Es gibt Einzel- und Gruppensupervision mit eher patienten- oder eher teamorientiertem Fokus. Günstig kann eine Verbindung beider Blickwinkel sein. Die Auseinandersetzung mit sich selbst in eigener Selbsterfahrung oder Therapie kann die berufliche Arbeit vertiefen und bereichern. Ausgleichend kann sich eine bewusste und intensive Freizeitgestaltung auswirken.Belastend in der Ausübung psychiatrischer Ergotherapie kann werden: - das immer wieder neue Einstehen für die Notwendigkeit der ET in der Psychiatrie - das permanente Darstellenmüssen der ergotherapeutischen Möglichkeiten - die Unter-/Überschätzung ergotherapeutischer/ eigener Möglichkeiten - schwierige Übertragungs- resp. Gegenübertragungssituationen - der oft riesige Informationsverlust in der Zusammenarbeit in Kliniken u.ä. Häufen sich derartige Belastungen, können sie zum „Ausbrennen“ (burn out) führen. Wichtig ist, dass der

			ET seine Arbeitszeiten ernst nimmt, d.h. bspw. schriftliche Arbeiten nicht permanent zu Hause macht, Überstunden kompensiert und sofern er eine ET-Station leitet, genügend Arbeitszeit für die Leitungsfunktionen einsetzt.

80. Er überdenkt die Wirkungen der ergotherapeutischen Arbeit (Arbeit mit Patient und im Team) auf die eigene Persönlichkeit und seine Gesamtentwicklung.

81. Er setzt die beruflichen Anforderungen und Bedürfnisse in eine Beziehung zu den privaten Anforderungen und Bedürfnissen sowie zu den öffentlichen Anforderungen und Bedürfnissen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Die massive Zunahme von Alterspatienten bzw. das Ansteigen von sehr stark pflegebedürftigen Patienten einerseits sowie das Ansteigen von psychogeriatrischen Patienten andererseits, verlangt vom ET im Bereiche der Geriatrie ein sehr breites Spektrum von Arbeitsverfahren (funktionelle und/oder psychogeriatrische Vertiefung).	s. 78	Wichtige berufliche Anforderungen sind: Gesundheit, Ausdauer, Belastbarkeit, Zuversichtlichkeit, Verlässlichkeit; Fähigkeit, sich mehrmals am Tag umzustellen, auf Kinder in unterschiedlichem Alter, mit verschiedenen Charakteren und verschiedenen Behinderungen (s. auch Einstellungen/Haltungen). Wichtige berufliche Bedürfnisse sind: Erfolge in der Beeinflussung von erschwerter Entwicklung, positive Beziehungen zu Kindern und Bezugspersonen, gute Zusammenarbeit, die Erfahrung zunehmender Kompetenz in der eigenen Arbeit und Rückmeldungen (bezügl. berufliche Eingliederung/ Lebenslauf) behinderter Erwachsener, die als Kinder in die ET kamen.	Wichtige berufliche Anforderungen sind: Belastbarkeit, Frustrationstoleranz, Durchsetzungsfähigkeit und Durchhaltewillen, Flexibilität, Interesse an der Auseinandersetzung mit Sinn- und Lebensfragen, Beziehungsfähigkeit, Interesse an Zusammenarbeit, Ideenreichtum und handwerkliches Geschick. Wichtige berufliche Bedürfnisse sind: Anerkennung, Menschen in schwierigen Situationen/Bedingungen in der Bewältigung Ihres Lebens zu begleiten und zu unterstützen, lebendige Teamarbeit, gute Räumlichkeiten, bessere Besoldung, genügend Erholungspausen.

82. Er überdenkt deren Gewichtung im konkreten Alltag und versucht dieses ggf. zu verändern.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Viele ET in diesem Bereiche erarbeiten in Teilzeitstellen. Hier ist wichtig, dass die Arbeit nicht als Job betrieben wird. Von älteren Kollegen wird festgestellt, dass bei der jüngeren Generation von ET der Privatbereich viel stärker im Vordergrund steht als früher. Ergotherapeutinnen haben oft Schwierigkeiten, Mutterrolle und berufliche Tätigkeit angemessen zu verbinden.		s. 78 (83) Wichtig ist ein dynamisches Gleichgewicht der drei Bereiche, das sich je nach Lebenssituation verändert, bzw. neu einstellt.	Günstig ist eine angemessene Balance aller drei Bereiche

2.4. TÄTIGKETISBEREICH: FORT- UND WEITERBILDUNG

Zusammenfassung
Der ET ist sich der Notwendigkeit einer permanenten Fort- und Weiterbildung bewusst. Er unternimmt entsprechende Schritte.

Ausführungen

83. Der ET informiert sich über Tendenzen und Entwicklungen in Theorie und Praxis der Ergotherapie und angrenzender Bereiche.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Von grosser Bedeutung sind die Entwicklungen im Spitex-Bereich. Geriatrie wird zunehmend wissenschaftlich bearbeitet, wobei die Psychogeriatrie eine „Teildisziplin" darstellt. In neuen Pflegekonzepten kann der ET das Pflegepersonal in der Aktivierung anleiten.	Entwicklungen laufen gegenwärtig im Bereiche der Psychosomatik, der Psychogeriatrie, der Neuropsychologie, der Handchirurgie, u.a.m. Vermehrt umfasst die ergotherapeutische Behandlung auch die Arbeit mit Herz- und Kreislauf- sowie mit Krebspatienten. Vereinzelt arbeiten ET auch im Strafvollzug. Wichtig ist, dass sich der ET zudem mit den laufenden Entwicklungen im Bereich der Handtherapie und im Bereiche von Wahrnehmungskonzepten auseinandersetzt.	Aktuelle Entwicklungen: - Projekt BOL (als Beitrag zur allg. Weiterentwicklung der Theorie zur ET) - Integration verschiedener Behandlungsmethoden in die ET bzw. Bobath, Ayres, Affolter, Vojta u.ä.) - Integration verschiedener Therapieansätze in die ET (Systemtherapie, Familientherapie u.ä.) - Entwicklungen in angrenzenden Bereichen: Neuropsychologie (Wahrnehmung), Frühförderung, Logopädie, Legasthenie und Dyskalkulie u.ä. - Vermehrter Einsatz elektronischer Hilfsmittel für Schwerstbehinderte wie Computer mit spezifischen Eingabemöglichkeiten, elektronische Rollstühle, Sprachausgabegeräte, Umweltkontrollgeräte.	Gegenwärtig vollziehen sich starke Entwicklungen im Gesundheitswesen. Durch die Erweiterung der Ambulatorien werden die hospitalisierten Patienten „schwächer" und chronifizierter. Die Teilzielsetzung der ET, Voraussetzungen zur intensiven, sinnvollen Freizeitgestaltung zu schaffen, erhält auf dem Hintergrund der steigenden Arbeitslosigkeit und Tendenz zur Teilzeitarbeit ein grösseres Gewicht. Im Bereiche der Arbeit im Körpergefühl und an der Selbstwahrnehmung des Patienten kommt es zu einer Annäherung Ergotherapie-Physiotherapie. In vielen Kliniken bestehen vermehrt Tendenzen des Pflegepersonals, mit den Patienten auf den Abteilungen handlungsorientiert zu arbeiten.

84. Er ist bestrebt, seine beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten, zu vertiefen und zu erweitern. Im Falle besonderer Funktionen erwirbt er die erforderlichen berufsübergreifenden Qualifikationen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
(z.B. für die Führung einer ET-Abteilung, für die Arbeit als Praktikumsleiter oder als Dozent in der Aus- und Weiterbildung sowie für die Supervision von ET).	Erfahrene ET haben den Eindruck, dass die gegenwärtige Grundausbildung für die Arbeit in einzelnen Behandlungsbereichen zu wenig qualifiziert. Wichtig ist in diesen Bereichen, dass der neueinsteigende ET sich z.B. durch Hospitationen bei erfahrenen Berufskollegen einarbeitet und nicht eine Stelle ohne entsprechende Hilfestellungen übernimmt. Für die Übernahme von Supervisionen sind entsprechende Qualifikationen zu erwerben.	Günstig ist eine Weiterbildung	Ausbildung zum Supervisor. Zusatzausbildungen in Gestaltungstherapie/Kunsttherapie, Musiktherapie, Gesprächstherapie

85. Der ET informiert sich über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für ET und offen stehende interne/externe Angebote verwandter und angrenzender Berufsgruppen.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Fortbildungsveranstaltungen bietet hin und wieder der VSE an. Möglich sind eine krankheitsbildorientierte Fort-/Weiterbildung (Parkinson u.a.) sowie der Besuch von Veranstaltungen der Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie (SGG)	Für die Fort- und Weiterbildung von ET im Bereiche Physiatrie bestehen momentan in den Fachgebieten wie Handchirurgie/Rheumatologie noch zu wenige Angebote. Lustig können auch „Schnupperbesuche" auf anderen ET-Abteilungen sein.	Für den Bereich ET Pädiatrie bestehen u.a. gegenwärtig folgende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten: - Bobathkurse, Kurse in Sensorischer Integration, Affolterkurse u.ä; Einführungskurse in die Informatik mit Schwerpunkt Körperbehindertenarbeit (Körperbehinderten-Zentrum Oberschwaben KBZO / Weingarten - Fortbildungskurse bei Schönberger/Jetter - Interne Fortbildungen auf dem medizinischen und paramedizinischen Bereich Sonderpäd. Fortbildung (z.B. HPS Zürich)	Informationen auf dem VSE-Sekretariat. Weiterbildungskurse VSE, IAP Zürich, IKP, HPS Zürich u.a.m. Stellwerk (BRD Fort- und Weiterbildungszentrum für ET und angrenzende Berufe)

2.5. TÄTTIGKEITSBEREICH: AUSBILDUNGSAUFGABEN

Zusammenfassung
Der ET kann Ausbildungspraktikanten in die berufliche Arbeit einführen und entsprechende Lernprozesse begleiten. Er kann seine beruflichen Erfahrungen und Erkenntnisse im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie in der Mitarbeit an der beruflichen Grundausbildung weitervermitteln.

Bereich: Praktikumsleitung

86. Der ET hilft nach Möglichkeit mit in der berufspraktischen Ausbildung angehender ET.
87. Er orientiert zu Beginn des Praktikums den Praktikanten über die Arbeitsorganisation der Institution, über Ziele, Mittel und Methoden der Arbeit mit Patientengruppen sowie über die Pflichten und Rechte eines Praktikanten in der entsprechenden Institution.
88. Der ET gibt dem Praktikanten Einblicke in die eigene Arbeit mit Patienten (Hospitation).
89. Im Anschluss an diese Phase leitet er den Praktikanten in der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung eigener Behandlungen an.
90. Der ET gibt dem Praktikanten regelmässig kriterienorientiert Rückmeldungen zur Praktikumsarbeit.
91. Während einer letzten Phase soll der Praktikant unter Aufsicht des Praktikumsleiters selbständige Behandlungen durchführen lassen.
92. Am Schluss des Praktikums bewertet der ET z.H. der Ausbildungsinstitution die Lernprozesse und Leistungen des Praktikanten.

Bereich: Dozententätigkeit

93. Im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und/oder methodischer Instruktion anderer Berufsgruppen kann der ET seine beruflichen Erfahrungen und Erkenntnisse weitervermitteln.
94. In Ausbildungsinstitutionen vermittelt der ET im Bereiche der ET-Anwendungsfächer als Dozent einen fundierten und praxisnahen Unterricht.
95. Er berücksichtigt entsprechende methodisch-didaktische Prinzipien und Formen der Erwachsenenbildung.

2.6. TÄTIGKEITSBEREICH: BERUFSENTWICKLUNG

95. Er beteiligt sich an der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis der Ergotherapie, ggf. hilft er mit an interdisziplinären Forschungsprojekten.

Bereich Geriatrie:	Bereich Physiatrie:	Bereich Pädiatrie:	Bereich Psychiatrie:
Vom VSE sind Umfragen zur dezentralisierten Pflege in Wohnungen von 6 – 8er Gruppen (Halb-Spitex) durchgeführt worden. Vermehrt wird die Betreuung von Patienten zuhause mit zeitweiliger Entlastung der Angehörigen studiert (z.B. auch Wochenendbetreuung). Konzeptentwicklungen finden statt im Bereiche von neuen Wohn- und Lebensformen (geriatrischen Grossfamili-en/Wohngemeinschaften.	Projekte im Bereich Physiatrie laufen gegenwärtig bspw. am Lory-Spital Bern (Rehabilitationsstudie über Hemiplegie), beispielsweise in einzelnen Selbsthilfegruppen, in der Arbeitsgruppe „Hand“ und in einem interdisziplinären Forschungsprojekt der Uni Bielefeld.	nicht bearbeitet.	nicht bearbeitet.