

Ergotherapie im Schulalter – Herausforderungen,
Erkenntnisse und Möglichkeiten für eine effektive
Versorgung

Prof. Dr. phil. Heidrun Becker



Überblick

1. Ergotherapie im Schulalter
2. Effektive und angemessene Gesundheitsversorgung
3. Beispiel: Kinder mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen
Motorischer Funktionen (UEMF)
4. Fazit

1. Ergotherapie im Schulalter

- Kinder von 5-17 Jahre, mehr Jungen als Mädchen
- Von Beeinträchtigungen (z.B. Entwicklungsstörungen) bis schweren Behinderungen (z.B. Körper- und Sinnesbehinderung)
- von akut (z.B. nach Brandverletzung, Krebs), chronisch (z.B. Rheuma) bis progredient (z.B. Stoffwechselerkrankungen)
- Verschiedene Versorgungsformen:
 - ambulant in Praxen, Institutionen, Schulen, Kindergärten,
 - stationär in Spitälern und Rehaszentren

Ziele der Ergotherapie

- Ermöglichen altersgerechter Handlungen und Partizipation an entsprechenden Lebensbereichen wie Schule, Familie, Freizeit

Wichtig:

- Familien- und Lebensweltzentrierung, Entwicklungsperspektive
- Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO, 2001)



2. Effektive und angemessene Gesundheitsversorgung

Zwei zentrale Fragen:

1. Wann ist eine Gesundheitsleistung wirksam und angemessen?
2. Wann ist eine Gesundheitsversorgung angemessen?



2.1 Wann ist eine Gesundheitsleistung wirksam und angemessen? (Pfaff et al. 2011)

- **Absolut wirksam:** in kontrollierten Studien (*efficacy* oder Wirkungsvermögen)
- **Relativ wirksam:** im Alltag (*effectiveness* oder Effektivität)
- **Effizient**
- Bezogen auf das **Outcome:**
 - Körperliche Gesundheit
 - Psychische Gesundheit, Lebensqualität
 - Soziale Teilhabe
 - Kulturelle Auswirkungen
 - Spirituell: Werte von Personen, Gemeinschaften und Gesellschaft

2.2 Wann ist eine Gesundheitsversorgung angemessen?

- Wenn die richtigen Personen die richtige Therapie im richtigen Ausmass erhalten
- **Bedarf:** medizinisch nachweisbare Erkrankung, Diagnose
- **Nachfrage:** subjektiver Wunsch nach Versorgung
- **Zugang:** Angebot ohne Barrieren vorhanden
- **Inanspruchnahme:** tatsächliche Nutzung der Leistung (Pfaff et al. 2011)
- **Probleme:** Überversorgung, Unterversorgung, Fehlversorgung

2. Qualitätssicherung durch Leitlinien

«Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen»

(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF, www.awmf.de, Zugriff 17.09.12).



publiziert bei:



AWMF-Register Nr. Nr. 022/017 Klasse: S3

Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie

basierend auf internationalen Empfehlungen
(EACD-Consensus)

zu

Definition, Diagnose, Untersuchung und Behandlung

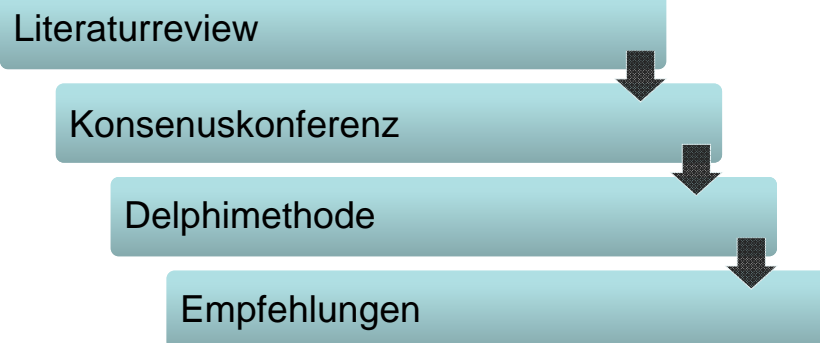
bei

Umschriebenen Entwicklungsstörungen
motorischer Funktionen
(UEMF)

Version – Juli 2011

* Die Terminologie im vorliegenden Dokument ist Übereinstimmung mit der International Classification of Functioning (ICF)

2. Leitlinienentwicklung



3. Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (UEMF)

- I: Motorische Fähigkeiten, die erheblich unterhalb des Niveaus liegen, das aufgrund des Alters des Kindes und angemessenen Möglichkeiten zum Erwerb der Fähigkeiten zu erwarten wäre
- II: Störung beeinträchtigt Aktivitäten des täglichen Lebens oder schulische Leistungen beträchtlich
- III: Beeinträchtigung kann nicht allein durch mentale Retardierung oder spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störungen oder irgendeine schwerwiegende psychosoziale Problematik erklärt werden



5-6 % ALLER SCHULKINDER

3. Diagnostik der UEMF

- Sicher ab 5 Jahren
- Kinder mit Erfahrungsdefizit können in der Diagnostik nur begrenzt von Kindern mit UEMF abgegrenzt werden.
- Komorbiditäten sind häufig, z.B. 50% der ADHS Kinder haben auch UEMF.



3. Therapieempfehlungen

- Kinder mit der Diagnose “motorische Entwicklungsstörung” sollen Intervention erhalten.
- Empfohlen werden aufgabenorientierte Ansätze, um motorische Aufgaben oder ausgewählte Aktivitäten zu verbessern.
- Aufgabenorientierte Ansätze wie das Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) und Neuromotor Task Training (NTT) können als Interventionen für Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen empfohlen werden.

3. Herausforderungen

1. Herausforderung Gesundheitsleistung:

- Leitlinie empfiehlt relativ neue Therapieansätze.
- Implementierung muss an die Schweiz angepasst werden.

2. Herausforderung Gesundheitsversorgung:

- Höchste Inanspruchnahme in Ergotherapie Praxen
Kinder von 6-10 Jahren (252 pro 1000 Einwohner in 2010,
Daten santésuisse, BFS, Rüesch et al. 2012)
- Verlässliche Statistiken zu Diagnosen fehlen (Gasser, 2012).

3. Erkenntnisse zu Implementierung

Schritte zur Implementierung einer Leitlinie:

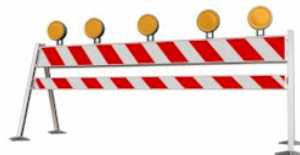
1. Leitlinie kennen
2. Leitlinie akzeptieren
3. Wissen anwenden können
4. Wissen anwenden wollen
5. Anwenden und Ergebnis evaluieren



Theoretisches Wissen, Erfahrungen und Intuition einsetzen
(Selbmann 2011)

3. Barrieren

- **Leitlinie kennen:**
 - Kompetenzen und Ressourcen für EBP fehlen (Page et al. 2011)
- **Leitlinie akzeptieren:**
 - Uneffektive Strategien wie schriftliche Verbreitung, passive Vorträge (Ketelaar et al. 2008, Selbmann 2011)
 - Hochwertige Studien aus deutschsprachigem Raum und mit ausreichender Probandenzahl fehlen
- **Ergebnis evaluieren:**
 - Daten über die aktuelle Versorgung fehlen



3. Erfolgreiche Strategien

- Besuch von Peers vor Ort, Erinnerungshilfen, Interaktive Fortbildung, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement Kombinierte Strategie (Selbmann 2011)
- Fallbeispiele, Kontinuierliche Unterstützung, Intervision, z.B. Online (Ketelaar 2008)
- EBP in Leitbilder aufnehmen, Ressourcen schaffen (Page et al. 2011)
- Persönliche Beziehungen zw. Forschenden, Lehrenden, Praktizierenden, „Knowledge Brokering approach“ (Lomas 2007)
- „Community of practice“ (Andrew et al. 2008)

Community of practice

- “Gruppen von Personen, die ein gemeinsames Anliegen, gemeinsame Problemstellungen zu einem Thema haben und die ihr Wissen und ihre Erfahrung in diesem Feld vertiefen, indem sie kontinuierlich miteinander interagieren”
(Wenger et al. 2002, S. 4).
- **Wissen:** schafft gemeinsame Ausgangsbasis in der Community
- **Community:** bildet die soziale Struktur zum Lernen
- **Praxis:** Bezugsrahmen, Ideen, Instrumente, Information, Stile, Sprache, Geschichten und Dokumente, die von der Community geteilt werden (Wenger et al., 2002)

3. Was bisher geschah ...

- Veröffentlichungen
- Vorträge
- Konferenz in Lausanne 2011
- Kurse in CO-OP und NTT
- Gründung einer Gesellschaft
<http://www.uemf-gesellschaft.de/>
- Gründung einer „Community of practice“



3. Was läuft in der Forschung ...

- Studie zur Validierung und Standardisierung des Bruininks-Oseretzky Test of Motor Proficiency (BOT-2) am Kinderzentrum Maulbronn, Beteiligung von Schweizer ErgotherapeutInnen
- Recherche für Datenanalyse an der ZHAW
- Weitere Studien z.B. zur Elternarbeit:
 - Dido Green & Rose Martini. Applying a group model in implementing the CO-OP with children
 - Rose Martini. CO-OP: Understanding the parent piece



3. Was ist geplant ...

- Prospektive Metaanalyse im deutschsprachigen Raum:
 - Randomisiert kontrollierte Studien (RCT) in Deutschland, Österreich, Schweiz
 - Vergleich: CO-OP vs. andere Therapieansätze vs. keine Therapie
- Sekundäranalysen zu Diagnosen
 - Welche Kinder zwischen 6-10 Jahren erhalten Ergotherapie?
 - Krankenkassendaten
 - Befragung der ErgotherapeutInnen zu Diagnosen, Zielen und Therapieansätzen sowie sozio-demografischen Daten

3. Vision: Partnering for Change Model

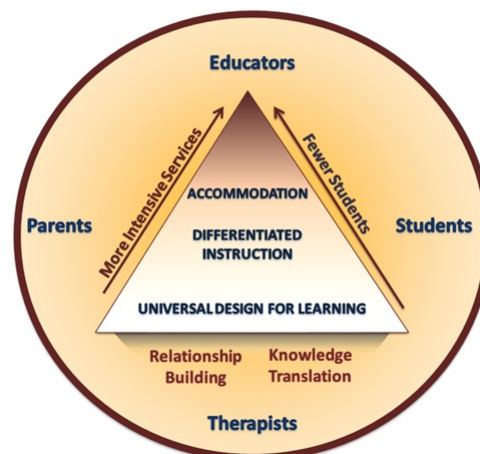
(Missiuna et al. 2012)

- **Ziel:** Lehrende, Schulpersonal und Eltern dazu befähigen, Kinder mit UEMF in der Partizipation, dem Lernen und ihrer Entwicklung zu unterstützen
- **Zielgruppe:** Schülerinnen und Schüler mit UEMF, deren Handlungen im Schulalltag beeinträchtigt sind
- **Durchführung:** Eine ErgotherapeutIn verbringt einen Tag pro Woche in der Schulklasse und arbeitet mit den Lehrenden zusammen.

„schulbasierte“ Ergotherapie: gehört zum Personal der Schule

PARTNERING FOR CHANGE: P4C

Building Capacity through Collaboration and Coaching in Context



Quelle: http://www.canchild.ca/en/canchildresources/partnering_for_change.asp

3. Unterstützung durch Ergotherapie im Schulsetting

- Kinder mit motorischen Problemen erkennen
- Anpassungen an Möbeln, Arbeitsplätzen, Werkzeugen und Material durchführen
- Verschiedene Instruktionsstrategien ausprobieren
- Alternative Lehrtechniken für einzelne Schüler oder Schülerinnen oder eine ganze Klasse zeigen
- Informationen und Angebote für Familien bieten
- Fortbildungen für Schulpersonal
- Brücke zwischen Gesundheits- und Bildungssystem bilden

4. Fazit

Effektive Gesundheitsversorgung im Schulalter braucht:

- Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheitsleistung
- Erfahrung: Beurteilen, was die reale Situation erfordert
- Systematische Datenerfassung zur Versorgungslage

Neue Strukturen und Versorgungsmodelle zur kontinuierlichen Zusammenarbeit zwischen Praxis, Lehre, Forschung, Schule und Familie



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Literatur

- Andrew N., Tolson D., Ferguson D. (2008). Building on Wenger: Communities of practice in nursing. *Nurse Education Today* 28, 246–252.
- Becker H., Jagusch-Espei, A. (2011). Diese ungeschickten Kinder: Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen evidenzbasiert behandeln. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 50 (9), 12–17.
- Becker H. (2011). Mit Leitlinien evidenzbasiert behandeln. *ergopraxis*, 10, 27.
- Blank R. et al. (2011). Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie basierend auf internationalen Empfehlungen (EACD-Consensus) zu Definition, Diagnose, Untersuchung und Behandlung bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). AWMF Register Nr.022/017
- Gasser C. (2012). Die Rolle der Gesundheitsberufe in integrierten Versorgungsmodellen im Spannungsfeld der Gesundheitspolitik - Überlegungen zur Regulierung, Reglementierung und Registrierung der Gesundheitsberufe. 31. Mai 2012, *Swiss Congress for Health Professionals*, Winterthur
- Kuhlmeier A. (2012). Gesundheitsberufe herausgefordert: mehr Kooperation für eine bessere Versorgung. 31. Mai 2012, *Swiss Congress for Health Professionals*, Winterthur

Literatur

- Lomas J. (2007). The in-between world of knowledge brokering. *British Medical Journal*, 334, 129-132.
- Missiuna, C., Pollock, N., Levac, D., Campbell, W., Sahagian Whalen, S., Bennett, S., Hecimovich, C., Gaines, R., Cairney, J., & Russell, D. (2012). Partnering for Change: An innovative school-based occupational therapy service delivery model for children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79 (1), 41-50.
- Page J., Raithel J., Luomajoki H., Schämänn A. & Kool J. (2011). Evidence-Based Practice: Einstellungen, Kompetenzen und Barrieren bei Ergo- und Physiotherapeuten: Ergebnisse einer Kursevaluation an der ZHAW, Schweiz. *ergoscience* 6 (2), 64-70
- Pfaff H., Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H. et al. (Hrsg.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer 2011
- Rüesch P. et al. (2012). Zwischenbericht. Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Physiotherapie und Hebammen 2025. ZHAW, Winterthur
- Polatajko, H. J., Becker H., Blank, R. (2012). Das CO-OP – ein kognitiver Ansatz für Kinder mit UEMF. *Kinderärztliche Praxis*, 83, 32-36.

Literatur

- Sayers B. R. (2008). Collaboration in school-settings: A critical appraisal of the topic. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 1, 170-179.
- Selbmann H-K., Kopp I. (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 1, 33-38.
- Villeneuve M. (2009). A critical examination of schoolbased occupational therapy collaborative consultation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 206-218.
- World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*.