

Valide, reliable und praktikable Assessments zur subjektiven Erfassung der Partizipation

Eine Literaturlarbeit

Tamara Roost cand. Bsc Ergotherapie
S13574959

Departement: Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2013
Eingereicht am: 04.05.2016
Begleitende Lehrperson:
Prof. Dr. phil. Brigitte E. Gantschnig

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Zur Erhaltung des Leseflusses wird in der folgenden Arbeit für die Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich ist damit auch die weibliche Form eingeschlossen. Die Bezeichnungen sind wertefrei.

Fachbegriffe sind im Glossar (Anhang 1) aufgeführt und immer bei ihrem ersten Vorkommen im Text mit einem * markiert

Abstract

Ziel: Diese Arbeit hat zum Ziel eine Übersicht zu subjektiven und praktikablen Assessments zu geben, welche valide und reliabel die Partizipation bei Menschen mit Beeinträchtigung messen.

Methode: Mittels einer Literaturrecherche wurde die Auswahl für folgende Assessments getroffen: COPM, OCAIRS, OSA, RC, OGQ, OPHI-II. Eine zweite systematische Recherche fand in themenrelevanten Datenbanken im Hinblick auf Studien zu den Gütekriterien statt. Die Studien wurden anhand ihrer Abstracts kritisch nach Informationen zur Güte der Assessments untersucht.

Ergebnisse: Das COPM, OCAIRS, OSA, RC, OGQ und OPHI-II sind valide und reliable Assessments zur Erhebung der Partizipation. Sie weisen jedoch unterschiedlich starke Evidenzlagen auf. Zudem sind subjektive Assessments, insbesondere Interviews, aufgrund ihres Zwecks, die Wahrnehmung der Klienten zu evaluieren, von Natur aus weniger valide und reliabel, als standardisierte* Beobachtungsinstrumente. Die Durchführung der RC, des OSA und des OGQ dauert länger als die des COPM, OCAIRS und OPHI-II.

Schlussfolgerung: Für den Einsatz subjektiver Assessments ist ein Bewusstsein für deren mögliche Fehlerquote essenziell, da die Ergebnisse auf der sich verändernden Wahrnehmung der Klienten beruht. Sie sind nicht geeignet im Akutsetting oder für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Dauer der Assessments ist abhängig von den Anwendungskennnissen.

Keywords: Partizipation, Assessments, Menschen mit Beeinträchtigung, ICF, COPM, OSA, OCAIRS, OPHI(-II), OGQ, RC, Validität, Reliabilität, Praktikabilität

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung..... | 6 |
| 1.1 | Einführung in die Thematik..... | 6 |
| 1.2 | Begründung der Themenwahl | 6 |
| 1.3 | Relevanz für die Praxis | 7 |
| 1.4 | Fragestellung | 8 |
| 1.5 | Ziel | 9 |
| 2 | Theoretischer Hintergrund..... | 10 |
| 2.1 | Begriffsdefinitionen..... | 10 |
| 2.1.1 | <i>Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)</i> | <i>10</i> |
| 2.1.2 | <i>Partizipation</i> | <i>11</i> |
| 2.1.3 | <i>Assessment</i> | <i>11</i> |
| 2.1.4 | <i>Gütekriterien</i> | <i>12</i> |
| 2.1.5 | <i>Validität</i> | <i>12</i> |
| 2.1.6 | <i>Reliabilität</i> | <i>13</i> |
| 2.1.7 | <i>Praktikabilität.....</i> | <i>14</i> |
| 3 | Methode | 15 |
| 3.1 | Eingrenzung Assessments | 15 |
| 3.2 | Beschreibung der Literaturrecherche | 16 |
| 3.2.1 | <i>Ein- & Ausschlusskriterien.....</i> | <i>17</i> |
| 3.3 | Beurteilung der Hauptstudien | 18 |
| 4 | Ergebnisse..... | 20 |
| 4.1 | Beschreibung der Assessments | 20 |
| 4.1.1 | <i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</i> | <i>20</i> |
| 4.1.2 | <i>Rollen Checkliste (RC).....</i> | <i>22</i> |
| 4.1.3 | <i>Occupational Gaps Questionnaire (OGQ)</i> | <i>24</i> |
| 4.1.4 | <i>Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale (OCAIRS).....</i> | <i>25</i> |
| 4.1.5 | <i>Occupational Self Assessment (OSA)</i> | <i>26</i> |
| 4.1.6 | <i>Occupational Performance History Interview (OPHI-II).....</i> | <i>27</i> |
| 4.2 | Studienlage | 31 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.2.1 | <i>Ergebnisse der Studien zum COPM</i> | 32 |
| 4.2.2 | <i>Ergebnisse der Studien zur RC</i> | 40 |
| 4.2.3 | <i>Ergebnisse der Studien zum OGQ</i> | 42 |
| 4.2.4 | <i>Ergebnisse der Studien zum OCAIRS</i> | 45 |
| 4.2.5 | <i>Ergebnisse der Studien zum OSA</i> | 48 |
| 4.2.6 | <i>Ergebnisse der Studien zum OPHI(-II)</i> | 52 |
| 5 | Diskussion | 56 |
| 5.1 | Assessments und ihre Psychometrische Eigenschaften | 56 |
| 5.1.1 | <i>Validität</i> | 56 |
| 5.1.2 | <i>Reliabilität</i> | 59 |
| 5.1.3 | <i>Praktikabilität</i> | 61 |
| 5.2 | Assessments, ICF und Partizipation im Vergleich | 63 |
| 6 | Schlussfolgerung | 65 |
| 6.1 | Beantwortung der Fragestellung und Implikationen für die Praxis | 65 |
| 6.2 | Limitationen..... | 65 |
| 6.3 | Weiterführende Fragen und Forschungsbedarf | 66 |
| | Literaturverzeichnis | 68 |
| | Abkürzungsverzeichnis | 77 |
| | Tabellenverzeichnis | 78 |
| | Abbildungsverzeichnis | 78 |
| | Wortanzahl | 79 |
| | Eigenständigkeitserklärung | 80 |
| | Danksagung | 81 |
| | Anhang | 82 |
| | Anhang 1 Glossar | 82 |
| | Anhang 2 Übersichtstabelle aller relevanter Studien | 89 |
| | Anhang 3 Matrix Literaturrecherche der Hauptstudien | 113 |
| | Anhang 4 Übersichtstabelle zur Auswahl gefundener Assessments der Partizipation | 119 |
| | Anhang 5 Matrix Literaturrecherche zur Ermittlung der Assessments | 125 |

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Alle Menschen, ob gesund oder beeinträchtigt, haben das natürliche Bedürfnis an der Gesellschaft teilzuhaben und ihren Alltag autonom und selbstständig zu bewältigen. Alle Menschen wollen an Aktivitäten teilhaben, sich zugehörig fühlen und in diesem Zusammenhang Erfahrungen sammeln. Die Partizipation* (Teilhabe) ist ein menschliches Grundbedürfnis und nicht nur ein wichtiges Thema in der Ergotherapie, sondern auch bei anderen Gesundheits- sowie Sozialberufen. Laut dem Bundesamt für Statistik war im Jahr 2012 ein Viertel (24%) der Bevölkerung der Schweiz (≥15 Jahre) aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Partizipation eingeschränkt (BFS, 2014). Diese Einschränkungen verteilen sich von Alltagsaktivitäten, wie Essen zubereiten, waschen oder kochen, über Selbstversorgung und Bildung, bis hin zu Mobilität, Kindererziehung und Arbeitsleben.

Die Partizipation ist ein Aspekt des Tun's und findet sich auch in der ICF* wieder. Folglich gehört es zu unserer Arbeit als Ergotherapeuten Partizipation in bedeutenden Lebensbereichen zu ermöglichen (Kielhofner, 2008). Als Ergotherapeuten haben wir die Aufgabe Menschen zu befähigen, damit sie an den Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie der Gesellschaft teilhaben können (EVS, 2011). Im Hinblick auf die Klientenzentriertheit* werden Entscheidungen über Planung und Ziele der Therapie mit den Klienten gemeinsam getroffen. Um Interventionen im Bereich der Partizipation zu gestalten, ist es nötig diese zuerst, als Basis der darauf folgenden Behandlungsplanung, beim einzelnen Klienten zu evaluieren. Um die Therapie individuell anpassen und gestalten zu können, muss der Therapeut die Person in einem ersten Schritt kennenlernen. Assessments* erleichtern das systematische Sammeln von Informationen, das sowohl subjektiv (Klientenperspektive), als auch objektiv (Expertenperspektive) erfolgen sollte (Kielhofner, 2008). Damit wird ein adäquater Therapieverlauf mit möglichst viel Adherence (Mitarbeit) der Klienten angestrebt.

1.2 Begründung der Themenwahl

Die ICF wurde mit dem Ziel entwickelt, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache zur Beschreibung von Gesundheit oder deren Beeinträchtigung zur Verfügung zu stellen (WHO, 2005). Die Partizipation ist somit international ein

essenzieller Teil vieler Gesundheitsberufe. Die ICF selbst ist jedoch kein Assessmentinstrument. Sie kann lediglich als Basis zur Entwicklung solcher Assessments dienen (Schuntermann, 2013). Partizipation kann folglich nicht mit der ICF evaluiert werden. Gemäss Kielhofner (2008) sind gute Assessments (valide, reliabel, objektiv) entscheidend, um die Klienten und ihre Bedürfnisse zu verstehen. In der Praxis verwendete Assessments unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Gütekriterien. Vor 10 Jahren haben Law et al. (2005) eine Zusammenstellung von Assessments zur Partizipation und deren Güte veröffentlicht. Es fehlt aber ein aktueller Überblick über existierende Assessments zur Partizipation basierend auf Modellen der Ergotherapie. Erfahrungsgemäss arbeiten Ergotherapeuten mit diversen Assessments aus unterschiedlichen Bereichen, eine ergotherapeutisch spezifische Übersicht dafür existiert allerdings noch nicht. Die vorliegende Arbeit soll die Auswahl eines Assessments im Bezug zur Partizipation erleichtern.

1.3 Relevanz für die Praxis

Evidence-based practice (EBP*) ist ein wichtiger Teil aller Berufsfelder im Gesundheitswesen geworden (Law & McDermid, 2008). Die EBP basiert auf der „evidence-based medicine“ (EBM*). Nach Slacklett et al. (1996) ist die evidenzbasierte Medizin der gewissenhafte, vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten Evidenz für Entscheidungen über die Pflege des Individuums. In der Praxis bedeutet dies die Integration individueller Expertise zusammen mit der besten verfügbaren externen klinischen Evidenz aus systematischer Forschung. Die EBM fokussiert sich hauptsächlich auf die Medizin während die EBP eher Aspekte der Gesundheit inklusive der Rehabilitation abdeckt. (Law et al., 2008).

Bereits im ersten Berufskodex der World Federation of Occupational Therapists (WFOT) von 1992, wird verlangt, dass Ergotherapeuten sich in der professionellen Arbeit auf den besten, verfügbaren Nachweis stützen (WFOT, 2004). Das Comité of Occupational Therapists for European Communities (COTEC) hat als Erweiterung des Ethikkodes der WFOT Standards für die berufliche Praxis veröffentlicht, die „standards of practice“ (Hack, 2004). Basierend auf dem „code of ethics“ und den „standards of practice“ hat der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) den Berufskodex für die Ergotherapie in der Schweiz entwickelt. Folgende Punkte unterstreichen die Relevanz von evidenzbasiertem Wissen zu Assessments.

2.1.5 Die ErgotherapeutIn bestimmt zur Überprüfung der Behandlung so valide Parameter wie möglich und evaluiert die gesetzten Ziele damit regelmässig. Sie überprüft hiermit die Behandlung und passt sie gegebenenfalls an (EVS, 2011, S.4).

4.1 Die ErgotherapeutIn festigt und erweitert kontinuierlich ihr berufliches Wissen und ihre Fertigkeiten und setzt diese im Berufsalltag ein. Dies basiert auf fundierten Erkenntnissen, die sowohl Erfahrungswissen als auch Resultate wissenschaftlicher Forschungen berücksichtigen (EVS, 2011, S.6).

Die EBP steht auch im Zusammenhang mit Qualitätssicherung. Vor allem im Bereich sozialer Dienstleistungen und im Gesundheitswesen sind Begriffe wie Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den letzten Jahren vermehrt diskutiert worden (Hucke & Gans, 2009). Der Berufskodex des EVS beschreibt in Punkt 6.1., dass Ergotherapeuten verpflichtet sind die Qualitätssicherung in ihrem Arbeitsbereich und innerhalb der Berufsentwicklung zu fördern (EVS, 2011). Laut Fawcette (2007) ist die Durchführung eines Assessments ein unerlässlicher Teil der Qualitätssicherung von Ergo- und Physiotherapeuten.

Fawcette (2007) beschreibt Assessments als das Herzstück des Therapieprozesses. Assessments sind, in Form von Evaluation, der erste Schritt im Behandlungsprozess. Gemäss Law et al. (2005) gibt es zwei Hauptgründe, warum Ergotherapeuten Wissen über Assessments in der Praxis benötigen: Einerseits können durch die Befunderhebung mit einem Assessment Informationen über den Status, die Kompetenzen und die Probleme einer Person generieren werden, um eine adäquate Therapie zu planen und deren Effektivität im Nachhinein zu dokumentieren. Andererseits ermöglicht die Verwendung von ergotherapeutischen Assessments den Einbezug des Klienten und seiner Familie in den Entscheidungsprozess, welche Therapie die kompatibelste und effektivste für den Klienten ist.

1.4 Fragestellung

Aus der Problemstellung heraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche, auf ergotherapeutischen Modellen basierende, subjektive, praktikable Assessments, messen valide und reliabel die Partizipation von Klienten mit Beeinträchtigung?

1.5 Ziel

Die Arbeit verfolgt das Ziel zu evaluieren welche, auf Basis ergotherapeutischer Modelle entwickelten praktikablen Assessments, valide und reliabel die Partizipation von Klienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, aus subjektiver Perspektive, messen. Mit diesem Fokus soll einen Überblick über die vorhandenen Assessments und deren Gütekriterien geschaffen werden. Gesammelte Daten zu Validität*, Reliabilität* und Praktikabilität* werden zusammengefasst, strukturiert und verglichen. Die Übersichtsarbeit soll den Therapeuten die Entscheidung für ein, dem Klienten angepasstes Befundinstrument im Bereich der Partizipation erleichtern.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden Begriffe und Aspekte erläutert, die für das Gesamtverständnis der Arbeit notwendig sind.

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurde 2001 von der WHO als Ergänzung zur ICD-10 aus dem Jahre 1992 herausgegeben (WHO, 2001). Die ICD-10 dient als Klassifikation für Probleme der Gesundheit (Krankheiten, Störungen, Verletzungen), während die ICF die Funktionsfähigkeit und Behinderung bezüglich eines Gesundheitsproblems beschreibt. Die beiden Systeme ergänzen sich gegenseitig. Der Begriff Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren – ihre körperlichen Funktionen und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen. (Schuntermann, 2013)

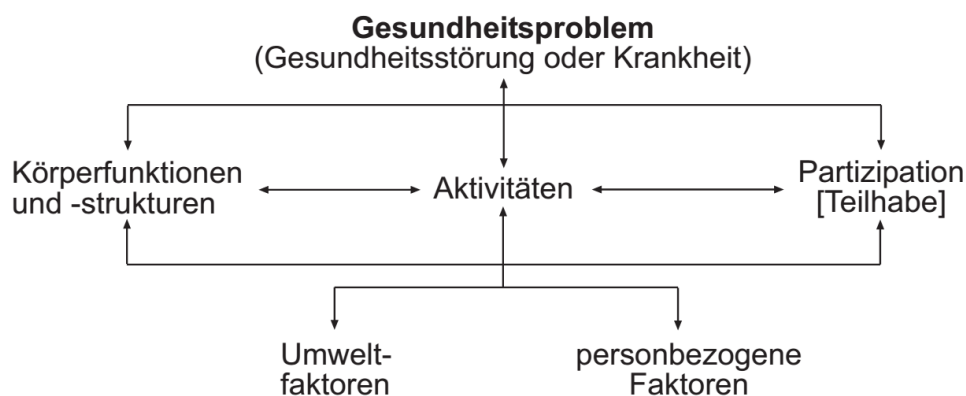


Abbildung 1 Wechselwirkung der Komponenten der ICF WHO, 2005, S.23

In der ICF unterliegt das Konzept „Gesundheit“ folgenden Hauptbereiche: Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivität und Partizipation. Diese werden mit den Begriffen Funktionsfähigkeit und Behinderung beschrieben. Zusätzlich sind auch

Umweltfaktoren sowie Personenfaktoren als relevanter Bereich für Gesundheit festgelegt. Diese werden als Förderfaktoren oder Barrieren angesehen. Im Folgenden liegt der Fokus der Arbeit auf der Partizipation nach ICF.

2.1.2 Partizipation

Die WHO (2005) definiert Partizipation (Teilhabe) als Einbezogenheit in eine Lebenssituation. Das Konzept der Aktivität und Partizipation umfasst alle Domänen zu den Aspekten der Funktionsfähigkeit und Behinderung aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive (WHO, 2005). Unter Beeinträchtigung der Partizipation sind Probleme beschrieben, die ein Mensch beim Einbezogenheit in eine Lebenssituation erlebt. Aus dem ergotherapeutischen Fokus kann Partizipation als Teilnahme an Betätigungen* des alltäglichen Lebens definiert werden (Law, Baum & Dunn, 2005). Basierend auf dem Model of Human Occupation* (MOHO) beinhaltet die „Occupational Participation“ das erwünschte und für das Wohlbefinden notwendige Handeln im Rahmen des individuellen kulturellen Kontextes (Kielhofner, 2008). In der Occupational Therapy Process Framework (OTPF) ist die Domäne „soziale Partizipation“ beschrieben. Es geht also neben der Teilhabe an einer Betätigung und deren Aufrechterhaltung auch um soziale Teilhabe und Interaktion (AOTA, 2002).

2.1.3 Assessment

In der Literatur gibt es viele Definitionen zum Begriff Assessment. Die American Occupational Therapy Association (AOTA) hat Assessment als Prozess zur Erfassung, Interpretation und Dokumentation des funktionellen Zustandes einer Person definiert. (AOTA, 1989; AOTA, 2008). Unter einem Assessmentverfahren werden quantitative oder standardisierte Methoden verstanden, die Behandlungseffekte auf eine möglichst objektive Weise beurteilen (Biefang, Potthoff & Schliehe, 1999). Fawcette (2007) beschreibt Assessment als einen umfassenden, systematischen Prozess der Informationssammlung, mithilfe verschiedener Methoden (Beobachtung, Interview, Selbsteinschätzung, Berichte). Diese Informationen dienen als Grundlage für Entscheidungen im gesamten Therapieverlauf. Das Assessment beinhaltet gemäss Fawcette (2007) auch die Interpretation der gesammelten Daten in Bezug auf die Bedürfnisse der Person und die Evaluation der Therapieergebnisse nach therapeutischen Interventionen. Laut dem EVS (2011) kann der Begriff Assessment mit Befunderhebung gleichgesetzt

werden und umfasst den Prozess der Sammlung und Interpretation von Informationen über Funktionen und Umgebungen eines Menschen durch Beobachten, Testen und Messen, um Entscheidungen zu begründen und Veränderungen zu erfassen.

2.1.4 Gütekriterien

Die Qualität eines Assessment wird durch verschiedene Gütekriterien beschrieben. Die Hauptgütekriterien sind dabei die Validität, die Reliabilität und die Praktikabilität (Scheepers, Steding-Albrech & Jehn, 2007).

2.1.5 Validität

Die Validität zeigt die Genauigkeit auf, mit dem ein Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise tatsächlich misst, die er messen soll. Sie unterteilt sich in die Inhalts-, die Konstrukt- und die Kriteriumsvalidität (Fawcette, 2007; Mangold, 2013).

Die **Inhaltsvalidität*** (content validity) ist gegeben, wenn der Inhalt der Testitems das zu messende Konstrukt widerspiegeln, das der Test erfassen soll (Bortz et al., 2006). Die Bestimmung der Inhaltsvalidität beruht auf subjektiven Einschätzungen und wird meist durch eine Gruppe kompetenter Beurteiler ermittelt.

Die **Konstruktvalidität*** ist eine theoretische Klärung was ein Test misst (Lienert et al., 1998). Die umfassende Evaluation der Konstruktvalidität benötigt gemäss Lienert et al (1998) den Einsatz einer Faktorenanalyse und ist sehr aufwändig. Daraus folgend werden oft einzelne Aspekte der Konstruktvalidität gemessen. Mit der **Konvergenzvalidität*** (*convergent validity*) wird der Zusammenhang des durch den Test gemessenen Konstrukts und ähnlichen Konstrukten dargestellt. Während die **Diskriminanzvalidität*** (*discriminant or divergent validity*) im Gegensatz dazu die Unabhängigkeit des Zielkonstrukts von anderen Konstrukten aufzeigt (Bortz et al., 2006).

Die **Kriteriumsvalidität*** (criterion-related validity) auch Goldstandart liegt vor, wenn das Ergebnis eines Tests zur Messung eines Konstruktes mit Messungen eines korrespondierenden Merkmals oder Kriteriums übereinstimmt (Bortz et al., 2006). Eine Unterform der Kriteriumsvalidität ist die **Vorhersagevalidität*** (*predictive validity*), die angibt, ob ein Testwert das spätere Verhalten korrekt vorhersagt. Dabei handelte es sich beim externen Kriterium um einen Beobachtungssachverhalt, der erst zu

einem späteren Zeitpunkt erhoben werden kann. Im Gegensatz dazu wird bei der *Übereinstimmungsvalidität** (*concurrent validity*) Testwert und Kriteriumswert zum selben Messzeitpunkt erhoben (Bortz, 2006).

2.1.6 Reliabilität

Die Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit (Stabilität) eines Tests. Darunter wird der Grad der Genauigkeit verstanden, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal misst (Lienert et al., 1998). Bei der Reliabilität wird zwischen der Retest-, Paralleltest- und der Testhalbierungs-Reliabilität, sowie der internen Konsistenz unterschieden (Lienert et al., 1998; Bortz et al., 2006).

Die **Retest-Reliabilität*** (*retest reliability*) wird mittels der Testwiederholungsmethode bestimmt. Derselbe Test wird dabei derselben Stichprobe zweimal vorgelegt, um danach die Korrelation der beiden Messwertreihen zu evaluieren. (Bortz et al., 2006). Eine Unterform ist hierbei die *Intrarater-Reliabilität** (*intrarater reliability*), mit ihr wird die Übereinstimmung der Interpretation des Beobachters über die Zeit hinweg gemessen. Im Gegensatz dazu erfasst die *Interrater-Reliabilität** (*interrater reliability*) das Ausmass der Übereinstimmung der Testergebnisse bei demselben Probanden, erhoben durch unterschiedliche Beobachter. Weil mit der Rater*-Reliabilität eine Angabe gemacht werden kann, inwieweit Ergebnisse vom Beobachter unabhängig sind, wird sie auch als Mass der Objektivität gewertet (Fawcette, 2007; Mangold, 2013).

Die **Paralleltest-Reliabilität*** wird bestimmt durch Korrelation der Ergebnisse von zwei streng miteinander vergleichbaren Tests bei derselben Stichprobe. Für diese Methode müssen im Vorfeld zwei Testversionen entwickelt werden, die beide Operationalisierungen desselben Konstrukts darstellen (Bortz et al., 2006).

Bei der **Testhalbierungs-Reliabilität*** werden die Elemente des Tests in zwei gleichwertige Hälften unterteilt (gesplittet) und das Ergebnis einzelner Probanden für jede Testhälfte gesondert ermittelt. Diese Ergebnisse werden anschliessend miteinander, in der Erwartung eines hohen Korrelationskoeffizienten*, korreliert (Lienert et al., 1998).

Die **interne Konsistenz*** (*internal consistency*) stellt eine Erweiterung der Testhalbierungsmethode dar. Statt den Test in nur zwei Hälften zu teilen, wird er

dabei in so viele Teile wie er Items* enthält zerlegt, was zu stabileren Schätzungen der Reliabilität führt (Bortz et al, 2006).

2.1.7 Praktikabilität

Unter Praktikabilität wird die Anwendbarkeit eines Tests in der Praxis beschrieben. Die Kriterien beinhalten die Kosten, sowie den Zeitaufwand des Assessments (Mangold, 2011; Fawcette 2007). Gemäss Fawcette (2007) kommen neben Kosten und Zeitaufwand folgende Aspekte hinzu: Energie und Leistung, die Transportmöglichkeit und die Akzeptanz bei Therapeut und Klient. Die Praktikabilität sagt uns wie zweckmässig ein Assessment in der klinischen Praxis einzusetzen ist (Baum & Law, 1997, zit. nach Fawcette, 2007). Die Praktikabilität wird meist in Form von Fragen an Beobachter und Klient nach Durchführung des Test erhoben (Fawcette, 2007; Mangold, 2013). Tabelle 1 zeigt die Aspekte der einzelnen Kriterien im Überblick auf.

Tabelle 1: Aspekte der Praktikabilität (nach Fawcette, 2007)

| Kosten | Zeitaufwand | Energie/Leistung | Transport | Akzeptanz |
|---|---------------|---|---|--|
| Anschaffung des Manuals | Durchführung | Wie einfach kann Administration des Test erlernt werden | Möglichkeit Materialien von einem Ort zum anderen mitzunehmen | Passung des Test zur Philosophie des Fachbereichs und zum Bezugsrahmen der Einrichtung |
| Trainings- oder Ausbildungskurse | Vorbereitung | Leichtere und schnellere Durchführung bei regelmässiger Anwendung | Soll Gesundheit nicht beeinträchtigen (schwerer Koffer) | Akzeptanz des Klienten eingeschlossen |
| Materialanschaffungen (Bewertungsblatt) | Nachbereitung | → Beeinflusst Einsatz in der Praxis | | Verständliche Instruktionen für beide Parteien |

3 Methode

Diese Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit. Im folgenden Kapitel wird das Vorgehen bei der Eingrenzung der Assessments, der Literaturrecherche und der Bearbeitung des Themas erläutert.

3.1 Eingrenzung Assessments

In der Literatur gibt es eine grosse Anzahl an Assessments zur Partizipation. In einem ersten Schritt waren für die Arbeit eine Orientierung und eine Recherche bezüglich der vorhandenen Assessments nötig. Dies entspricht zwei der sieben Etappen wissenschaftlichen Schreibens (Bünting, Bitterlich & Pospiech, 2000). Die systematische Suche wurde in den Datenbanken CINHAL, Medline und OTBASE durchgeführt. Der Begriff „participation“ wurde mit „measure“, „evaluate“ und/oder „assess“ kombiniert. Zusätzlich wurde die Suche mit „ICF“, „occupational therapy“ und/oder „tool“ verfeinert. Die Suchbegriffe wurden mit den Booleschen Operatoren* AND und OR verknüpft, um möglichst übergreifende Ergebnisse zu erzielen. Ergebnisse aus der Datenbankrecherche wurden mit sekundärer und tertiärer Fachliteratur ergänzt. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die Eingrenzung festgelegt.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Assessments

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Assessment für Erwachsene • Diagnoseübergreifend • Assessment ist in englischer und/oder deutscher Sprache vorhanden • Benutzerfreundlich in der Praxis (Zeitfaktor, Anzahl Items) • Deckt mehrere (möglichst viele) Domänen der ICF Kategorie „Aktivität und Partizipation“ ab • Basiert auf einem ergotherapeutischen Modell • kann mit den ICF Kategorien verlinkt werden | <ul style="list-style-type: none"> • Assessment für Kinder oder ältere Menschen • Diagnosespezifisch • Deckt nur eine Domäne der Kategorie „Aktivität und Partizipation“ ab (bspw. nur Arbeit oder nur ADL/IADL) • Basiert auf der ICF oder ICIDH/ICIDH-II • Das Assessment misst nur objektiv (Beobachtungsinstrument, objektive Messung) • Keine Primärstudien zu den Gütekriterien zusätzlich zur Publikationsstudie vorhanden |

Fortsetzung Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Assessments

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Das Assessment misst subjektiv (Interview, Selbsteinschätzung) • Primärstudien zu Gütekriterien des Assessments vorhanden (ausgeschlossen Publikationsstudie) | |

Genauere Informationen zum Vorgehen der Literaturrecherche finden sich im Anhang 5. Folgende Assessments erfüllen die Bedingungen:

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Occupational Circumstances Interview and Rating Scale (OCAIRS)
- Occupational Self Assessment (OSA)
- Occupational Gaps Questionnaire (OGQ)
- Occupational Performance History Interview – II (OPHI-II)
- Role Checklist (RC)

3.2 Beschreibung der Literaturrecherche

Laut Frank, Haacke und Lahm (2007) ist die Herausforderung einer wissenschaftlichen Arbeit die Fülle und Komplexität der Literatur zu bewältigen. Frank et al. (2007) schlägt vor auf der Grundlage des Themas Stichwörter (Keywords) und Schlagwörter für die Recherche festzulegen. Folglich wurde für die Arbeit eine Stichworttabelle erstellt. Aus den Hauptstichworten Befunderhebung, Partizipation, Ergotherapie, Validität, Reliabilität und Praktikabilität wurden Keywords, Synonyme und Schlagwörter entwickelt. Die detaillierte Auflistung ist in der Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3: Keywords der Literaturrecherche

| Stichwort | Keywords | Synonyme, Unter-/Oberbegriffe | Schlagwörter |
|----------------|------------|--|---|
| Befunderhebung | assessment | measurement, tool, test, evaluation, outcome, scale COPM, OCAIRS, OSA, OGQ, OPHI-II, RC, OQ | MeSH: outcome (and process) assessment, patient outcome assessment CINHALL: outcome assesment, patient assessment, |

Fortsetzung Tabelle 3: Keywords der Literaturrecherche

| Stichwort | Keywords | Synonyme, Unter-/Oberbegriffe | Schlagwörter |
|--------------------------|----------------------|--|--|
| Partizipation (Teilhabe) | participation | occupational participation, | MeSH: patient participation, social participation CINHAL: social participation, |
| Ergotherapie | occupational therapy | occupational therapists, OT, therapist | MeSH: occupational therapy CINHAL: occupational therapy |
| Validität | validity | effectiveness, efficacy, construct validity, content validity, criterion-related validity | MeSH: psychometrics CINHAL: validity, reliability and validity, predictive validity, construct validity, content validity, criterion-related validity |
| Reliabilität | reliability | credibility, credible, trustworthiness, reproducibility, steady, solid, authentic, interrater reliability, intrarater reliability, test-retest reliability | MeSH: „reproducibility of results“ CINHAL: reliability, reliability and validity, interrater reliability, intrarater reliability, test-retest reliability |
| Praktikabilität | practicability | utility, practicable, feasible, practicality, workable, usefulness | MeSH: - CINHAL: - |

Die Keywords werden durch die Booleschen Operatoren AND und/oder OR miteinander kombiniert, um die Gesundheitsdatenbanken systematisch nach geeigneter Literatur zu durchsuchen. Die Recherche wird in folgenden Datenbanken durchgeführt: Cochrane, ERIC, CINHAL, Medline, OTBASE, OT Seeker und PubMed. Zusätzlich wird, wenn möglich, weitere Literatur aus den Referenzen gefundener Studien generiert.

3.2.1 Ein- & Ausschlusskriterien

Für die Auswahl der Hauptstudien dienten folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Primärstudien • Studie in englischer oder deutscher Sprache erhältlich | <ul style="list-style-type: none"> • Sekundärliteratur • Studien, die nicht auf Englisch oder Deutsch erhältlich waren |

Fortsetzung Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gute methodologische Qualität • Ergebnisse zu einem der definierten Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Praktikabilität – nach Fawcette, 2007) • Studien in allen Fachbereiche ausser Pädiatrie | <ul style="list-style-type: none"> • Schlechte methodologische Qualität • Zuordnung zu Gütekriterium nicht möglich • Studien im Fachbereich Pädiatrie • Studien zur Sensitivität oder Spezifität • Studien zur Praktikabilität, deren Ergebnisse in keine Kategorie nach Fawcette, 2007 einzuordnen waren • Studien zu einzelnen Klientenbeispielen |

3.3 Beurteilung der Hauptstudien

Die eingeschlossenen Hauptstudien werden kritisch nach Informationen zur Güte der Assessments untersucht. Aufgrund der Fülle an eingeschlossener Primärliteratur, wurde die Qualität in erster Linie auf Basis der Abstracts beurteilt. Im Falle zu wenig ersichtlichen Informationen wurde im Methoden- und Resultate-Teil der Studien nachgelesen. Studien, die eine schlechte methodologische Qualität aufwiesen oder keinem Gütekriterium zugeordnet werden konnten wurden ausgeschlossen. Ebenso jene, die nicht in englischer oder deutscher Sprache erhältlich waren. Im Ergebnissteil dieser Arbeit werden lediglich die Hauptergebnisse der Studien beschrieben. Andere wichtige Informationen fliessen in die Diskussion ein.

In der Arbeit wird zwischen Vorgehensweisen der klassischen und modernen Testtheorie unterschieden. Deshalb ist es essenziell einen Blick auf das Spannungsfeld der klassischen und modernen Testtheorie zu werfen. Die klassische Testtheorie* (KTT) bietet eine wichtige Grundlage zur Konstruktion und Interpretation psychodiagnostischer Testverfahren. Sie hat ihre Wurzeln jedoch in den 1950-er Jahren, weshalb sie durch die moderne Testtheorie* (MTT) ergänzt wurde (Pospeschill, 2010). Die Limitationen der KTT zeigen sich in erster Linie für Assessments, welche ordinal skaliert sind, da die Berechnung von Korrelationen oder Mittelwerten metrische Daten voraussetzen. Zusätzlich ist die KTT stichprobenabhängig. Die MTT auch PTT (probabilistische Testtheorie) oder IRT (Item-Response-Theorie) genannt (z.B. die Rasch Analyse*) erlaubt gemäss

Prospeschill (2010) durch eine Differenzierung latenter und manifester Variablen eine explizite Prüfung, ob alle Items das gleiche Merkmal messen (Itemhomogenität) und beschreibt die Beziehung zwischen diesen Variablen. Sie beschreibt dabei auch die Beziehung zwischen dem Antwortverhalten der Person und definierten Modellparametern (z.B. Itemschwierigkeit oder Fähigkeit von Personen). Als Beispiel ein wesentlicher Unterschied zwischen KTT und PTT: die KTT setzt die Antwort der Probanden auf die Items des Test mit der Messung des im Test erfassten Konstruktes gleich, während bei der PTT hingegen das im Test gezeigte Verhalten (Antwort auf Items) auf eine Fähigkeit oder Eigenschaft zurückgeführt wird, die das Testverhalten „verursacht“. Das beobachtete Verhalten (manifeste Variable) ist also nach PTT lediglich ein Indikator für das dahinterliegende Konstrukt (latente Variable) (Prospeschill, 2010).

4 Ergebnisse

Im Folgenden Abschnitt werden zu Beginn die Assessments beschrieben. Darauf folgt die allgemeine Studienlage. Genauere Auflistungen der Ergebnisse zu den einzelnen Gütekriterien werden für jedes Assessment separat in Tabellen aufgestellt. Detaillierte Informationen zu methodischem Vorgehen, Anzahl Teilnehmer und Setting der Studie sind in den Übersichtstabellen nicht enthalten, sie sind dem Anhang 2 zu entnehmen.

4.1 Beschreibung der Assessments

4.1.1 *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*

Autoren: Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1981)

Beschreibung: Das COPM basiert auf dem kanadischen Modell der Betätigungsperformanz* (CMOP*). Im Interview werden Betätigungen in drei Kategorien eingeteilt: Selbstversorgung*, Produktivität* und Freizeit*. In einem ersten Schritt werden mit Hilfe des Interviews Probleme des Klienten im Alltag definiert. Anschliessend folgt eine Einstufung der Wichtigkeit jeder einzelnen Aktivität (0=überhaupt nicht wichtig, 10=besonders wichtig). Maximal fünf prioritäre Probleme werden gemeinsam identifiziert. Diese wiederum werden vom Klienten erneut auf einer 10 Punkte Skala eingestuft, betreffend ihrer Performanz* und der Zufriedenheit mit der Performanz (0=überhaupt nicht gut/zufrieden, 10= besonders gut/zufrieden). Abbildung 2 zeigt ein Beispiel zur Anwendung des COPM. Die Einstufungsskalen sind in Abbildung 3,4 und 5 ersichtlich.



Abbildung 4 Performanzskala des COPM (aus Marotzki et al., 2015, S.27)



Abbildung 5 Zufriedenheitsskala des COPM (aus Marotzki et al., 2015, S.28)

Format: halb-strukturiertes Interview, auf Interview basierende Bewertungsskala, übersetzt in 24 Sprachen

Ziel/Zweck: das COPM wird eingesetzt, um...

- Problembereiche der Betätigungsperformanz zu erschliessen
- eine Rangordnung in der Priorität des Klienten für seine Betätigungsperformanz festzulegen
- die Performanz und Zufriedenheit des Klienten in Bezug auf diese Problembereiche zu bewerten
- eine Basis für die Zielsetzung zu schaffen
- Veränderungen der Wahrnehmungen des Klienten in Bezug auf seine Betätigungsperformanz im Lauf der ergotherapeutischen Intervention zu messen

Zeitfaktor: Durchführung des Interviews und Auswertung bei erfahrenen Therapeuten 15-30 Minuten.

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Marotzki et al. (2015)

4.1.2 Rollen Checkliste (RC)

Autor: Oakley, F.Ch., Kielhofner, G. & Barris, R. (1985)

Beschreibung: Die RC basiert auf dem MOHO. Sie kann als Selbsteinschätzung vom Klienten ausgefüllt werden. Im ersten Teil der RC sind 10 definierte Rollen aufgeführt neben einer Skala für Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Der Klient soll angeben, ob er die jeweilige Rolle in der Vergangenheit ausgeführt hat, gegenwärtig ausführt oder dies in Zukunft tun möchte. Es besteht eine zusätzliche Zeile „Sonstiges“, um weitere, bedeutungsvolle Rollen individuell hinzuzufügen. Der zweite Teil der RC basiert auf denselben Rollen mit einer Skala zur Wertschätzung. Für alle Rollen (unabhängig davon ob sie jemals ausgeführt wurden oder ausgeführt werden möchten) wird folgendermassen festgelegt, ob diese nicht wertvoll, ziemlich wertvoll oder sehr wertvoll für den Klienten sind. Abbildung 6 zeigt ein Beispiel einer ausgefüllten Rollencheckliste aus dem MOHO.

| Role | Role Identity | | | Value Designation | | |
|------------------------------|---------------|---------|--------|---------------------|-------------------|---------------|
| | Past | Present | Future | Not at all valuable | Somewhat valuable | Very valuable |
| Student | X | | | | X | |
| Worker | X | | | | X | |
| Volunteer | X | | | | | X |
| Care giver | X | X | X | | | X |
| Home maintainer | X | X | X | | | X |
| Friend | X | X | X | | | X |
| Family member | X | X | X | | | X |
| Religious participant | X | | | X | | |
| Hobbyist/Amateur | X | X | X | | | X |
| Participant in organizations | X | | | | X | |
| Other: NA | | | | | | |

Abbildung 6 Beispiel der RC (aus Kielhofner, 2008, S.260)

Format: Fragebogen und Bewertungsskala (Selbsteinschätzung), übersetzt in 12 Sprachen

Ziel/Zweck: die RC wird eingesetzt, um...

- vergangene, aktuelle und gewünschte zukünftige Rollen zu identifizieren
- den Grad des Bedürfnisses, diese Rollen auszuführen, vom Klienten zu erfahren (Übereinstimmung eingenommener Rollen mit Wertschätzung)
- Rollenverlust und Rollengewinn in verschiedenen Lebensabschnitten und die damit verbundene Wertschätzung sowie Wünsche für zukünftige Rollen zu evaluieren

- einen Überblick über die Verteilung der Rollen in den Performanzbereichen zu erhalten

Zeitfaktor: Ausfüllen des Fragebogens in wenigen Minuten, Diskussion/Interpretation ca 15 Minuten

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Marotzki et al. (2012)

4.1.3 Occupational Gaps Questionnaire (OGQ)

Autoren: Eriksson, G., Tham, K. & Borg, J. (2006)

Beschreibung: Der OGQ basiert auf dem MOHO. Der Fragebogen kann als Interview vom Therapeuten oder durch den Klienten selbst ausgefüllt werden. Er besteht aus 30 verschiedenen Aktivitäten betreffend I-ADL, Freizeit, soziale Aktivitäten und Arbeit/Schule. Zu jeder Aktivität werden zwei Fragen beantwortet: „Führen Sie diese Aktivität aus?“ und „Wollen Sie diese Aktivität ausführen?“, wobei die Antwortmöglichkeiten aus Ja oder Nein bestehen. Der erste Teil des Assessments endet mit zwei offenen Fragen. Darauffolgend wird vom Therapeuten eine Übersichtstabelle mit denselben Aktivitäten ausgefüllt. Dabei gibt es 4 Spalten: „führt aus aber möchte nicht ausführen“, „führt nicht aus aber möchte ausführen“, „führt aus und möchte ausführen“, „führt nicht aus und möchte nicht ausführen“. Eine zusätzliche Spalte für Kommentare ist enthalten. Als Beispiel einer Analyse und Interpretation des OGQ ist Abbildung 7 aufgeführt.

| | | | | |
|--------|---|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| No gap | "Do you perform this activity?" | YES <input checked="" type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | <i>Does and wants to do the activity</i> |
| | "Do you want to perform this activity?" | YES <input checked="" type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | |
| No gap | "Do you perform this activity?" | YES <input type="radio"/> | NO <input checked="" type="radio"/> | <i>Does not and does not want to do the activity</i> |
| | "Do you want to perform this activity?" | YES <input type="radio"/> | NO <input checked="" type="radio"/> | |
| Gap | "Do you perform this activity?" | YES <input checked="" type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | <i>Does the activity but does not want to do it</i> |
| | "Do you want to perform this activity?" | YES <input type="radio"/> | NO <input checked="" type="radio"/> | |
| Gap | "Do you perform this activity?" | YES <input type="radio"/> | NO <input checked="" type="radio"/> | <i>Does not do the activity but wants to do it</i> |
| | "Do you want to perform this activity?" | YES <input checked="" type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | |

Abbildung 7 Beispiel zur Analyse und Interpretation des OGQ (aus Eriksson, 2013, S.11)

Format: Halb-strukturiertes Interview (Selbsteinschätzung) und Übersichtstabelle (Fremdeinschätzung). Übersetzt in Englisch und Persisch

Ziel/Zweck: der OGQ wird eingesetzt um...

- Aktivitäten zu identifizieren, die der Klient im Alltag ausführt
- zu evaluieren, ob er die aufgeführten Aktivitäten ausführen möchte
- Betätigungslücken aufzudecken (Aktivitäten, die der Klient ausführt, jedoch nicht ausführen möchte oder Aktivitäten, die er nicht ausführt, jedoch ausführen möchte) und zu priorisieren
- einen Überblick über die Aktivitäten und Betätigungslücken in den Performanzbereichen zu erhalten

Zeitfaktor: im Manual nicht angegeben

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Eriksson (2013)

4.1.4 Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale (OCAIRS)

Autoren: Original - Kaplan, K.L. & Kielhofner, G (1989), neue Version - Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, Ch., Haglund, L., Olson, L., Skinner, S. & Kulkarni, S. (2005)

Beschreibung: Das OCAIRS basiert auf dem MOHO. Zu Beginn des Interviews werden demografische Daten des Klienten erhoben. Für die Durchführung des Interviews bestehen drei Fragebögen für unterschiedliche Klientengruppen (Psychiatrie, forensische Psychiatrie, körperliche Behinderung). In den Interviews werden Informationen zu 12 Bereichen gewonnen (Rollen, Gewohnheiten, Selbstbild, Werte, Interessen, Fertigkeiten, kurzfristige Ziele, langfristige Ziele, Interpretation früherer Erfahrungen, physische Umwelt, soziale Umwelt, Bereitschaft zu Veränderung). Die Fragen sind so ausgelegt, dass sie sich jeweils auf eine Aktivität konzentrieren. Anschliessend wird die, den Fragen entsprechende, Beurteilungsskala vom Therapeuten ausgefüllt. Die FAIR-Skala besteht aus folgenden vier Einteilungsmöglichkeiten: F (faszilitierend, fördernd), A (akzeptierend, zulassend), I (inhibitierend, hemmend) oder R (restriktiv, verhindernd). Deskriptoren in den einzelnen Möglichkeiten sollen die Entscheidung erleichtern, sind jedoch nicht wichtig für das Endergebnis (als Beispiel siehe Abbildung 8). Es steht ein Bereich für Notizen zur Verfügung.

| Item | Bewertung | Kriterien | Notizen |
|----------------------------|-----------|--|---------|
| R O L L E N | F | <input type="checkbox"/> Betätigungsrollen spiegeln hoch produktiven Lebensstil wider <input type="checkbox"/> Ist sehr zufrieden mit derzeitigen Rollen <input type="checkbox"/> Übernimmt viele Rollenverpflichtungen | |
| | A | <input type="checkbox"/> Betätigungsrollen spiegeln produktiven Lebensstil wider <input type="checkbox"/> Ist einigermaßen zufrieden mit derzeitigen Rollen <input type="checkbox"/> Hat kleinere Probleme mit der Erfüllung von Rollenverpflichtungen | |
| | I | <input type="checkbox"/> Betätigungsrollen ergeben keinen produktiven Lebensstil <input checked="" type="checkbox"/> Ist wenig zufrieden mit derzeitigen Rollen <input type="checkbox"/> Hat größere Probleme mit der Erfüllung von Rollenverpflichtungen | |
| | (R) | <input checked="" type="checkbox"/> Hat keine Betätigungsrollen <input checked="" type="checkbox"/> Ist seinen Rollen entfremdet <input type="checkbox"/> Kann kaum Rollenverpflichtungen erfüllen | |

Abbildung 8 Beispiel für die Interpretation des OCAIRS (aus Marotzki et al, 2010, S.21)

Format: Halb-strukturiertes Interview und Beurteilungsskala sowie Zusammenfassungsbogen. Übersetzt in 6 Sprachen

Ziel/Zweck: das OCAIRS wird eingesetzt, um...

- die Sicht des Klienten über seine Situation und seine Fähigkeiten im Bezug zur Partizipation zu erfassen
- einen Überblick über das Betätigungsleben eines Klienten zu erhalten
- Informationen basierend auf dem Modell menschlicher Betätigung (MOHO) zu allen Bereichen zu gewinnen

Zeitfaktor: Durchführung des Interviews in 20-30 Minuten, Interpretation 5-20 Minuten

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Marotzki et al. (2010)

4.1.5 Occupational Self Assessment (OSA)

Autoren: Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V. & Wolenski, J. (1999)

Beschreibung: Das OSA basiert auf dem MOHO. Der Fragebogen kann vom Klienten selbständig oder in Begleitung des Therapeuten ausgefüllt werden. Auf dem Fragebogen sind Items bzw Tätigkeiten auf Basis der MOHO Konzepte aufgeführt (Fähigkeiten/Betätigungsperformanz, Habituation, Volition). In einem ersten Schritt soll der Klient zu den Items angeben, ob ihm etwas schwer fällt oder sehr gut läuft (4-Punkte-Skala). Der zweite Schritt besteht darin die Wichtigkeit derselben Items für

den Klienten zu bestimmen (4-Punkte-Skala). Eine beispielhafte Anwendung der Skalen ist in Abbildung 9 ersichtlich. Im Schritt 3 besteht die Möglichkeit, für den Klienten, Veränderungswünsche zu dokumentieren (Ziele festlegen). Diese werden im Folgenden in den Behandlungsplan aufgenommen. Das Manual stellt auch einen Follow-Up Fragebogen und einen Bewertungsschlüssel (numerische Auswertung des Fragebogens) zur Verfügung. Der Bewertungsschlüssel soll eine übersichtliche Darstellung der zwei Werte Kompetenz und Wichtigkeit (Betätigungsidentität) bereitstellen.

| | Kompetenz (Schritt 1) | | | | Wichtigkeit (Schritt 2) | | | | Schritt 3 |
|---|---------------------------|----------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | Das fällt mir sehr schwer | Das fällt mir schwer | Das kann ich gut | Das kann ich sehr gut | Das ist nicht so wichtig für mich | Das ist wichtig für mich | Das ist wichtiger für mich | Das ist mir sehr wichtig | |
| Ich kann mich auf meine Aufgaben konzentrieren. | sehr schwer | schwer | gut | sehr gut | nicht so wichtig | wichtig | wichtiger | sehr wichtig | Ich würde gerne ändern: |

Abbildung 9 Beispiel zur Anwendung des OSA (aus Marotzki et al., 2011, S.21)

Format: Fragebogen (Selbsteinschätzung), Follow-Up, Bewertungsschlüssel.
Übersetzt in viele Sprachen

Ziel/Zweck: das OSA wird eingesetzt, um...

- zu erfassen, wie der Klient seine Fähigkeit tätig zu sein einschätzt
- herauszufinden wie wichtig Tätigkeitsbereiche für den Klienten sind
- den Einfluss der Umwelt auf das Tätigsein des Klienten zu evaluieren
- Veränderungen im Tätigsein und der Wichtigkeit von Tätigkeiten aufzuzeigen

Zeitfaktor: Durchführung des Fragebogens 10-20 Minuten. Besprechung der Ergebnisse mind. 15 Minuten

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Marotzki et al. (2011)

4.1.6 Occupational Performance History Interview (OPHI-II)

Autoren: Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. & Walens, D. (2004)

Beschreibung: Das OPHI(-II) basiert auf dem MOHO. Die Weiterentwicklung des ursprünglichen OPHI wurde als OPHI-II bezeichnet. Die Fragelisten besteht aus Fragen in folgenden Kategorien: Betätigungsrollen, normaler Alltag (tägliche Routine), Betätigungssetting (Umwelt), Auswahl von Aktivitäten und Betätigungen und Entscheidende Ereignisse im Leben. Dabei sollen narrative Informationen und Informationen zu den äusseren Umständen gesammelt werden. Danach wird jeder Bereich vom Therapeuten auf den Bewertungsbögen auf einer 4-Punkte Skala interpretiert. Die Bewertung reicht von 1= extreme Funktionsprobleme bis zu 4= besonders kompetente Betätigungsfunktionen. Kriteriums aussagen sollen die Punkteverteilung unterstützen, sind aber unwesentlich für die Endergebnisse. Ein Beispiel zur Anwendung der Bewertungsskala zeigt Abbildung 10. Das Übertragen der Ergebnisse auf die Schlüsselbögen ermöglicht eine übersichtliche Darstellung der numerischen Werte (Abbildung 11). Zum Schluss werden die Lebensgeschichte und deren wesentliche Merkmale auf dem lebensgeschichtlichen Bogen dokumentiert (Abbildung 12). Die Ergebnisse sollten auch grafisch als narrative Kurve aufgezeichnet werden. Die Verlaufskurve macht positive und negative Wechsel im Leben des Klienten deutlich.

| Item | Bewertung | Kriterien |
|------------------------------------|-----------|--|
| Hat persönliche Ziele und Vorhaben | 4 | <input type="checkbox"/> Ziele/persönliche Vorhaben stellen Anforderungen/erfordern Anstrengung <input type="checkbox"/> Fühlt sich tatkräftig/freut sich auf Zukunftsziele/persönliche Vorhaben |
| | 3 | <input type="checkbox"/> Ziele/persönliche Vorhaben passen zu Stärken und Grenzen <input type="checkbox"/> Wünsche an die Zukunft sind hoch genug, um Zweifel/Schwierigkeiten durchzustehen <input type="checkbox"/> Ist motiviert, an Zielen/persönlichen Vorhaben zu arbeiten |
| | 2 | <input type="checkbox"/> Ziele/angestrebte Vorhaben unter-/überschätzen Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Ist nicht sehr motiviert, an Zielen/persönlichen Vorhaben zu arbeiten <input checked="" type="checkbox"/> Hat Schwierigkeiten, über Ziele/persönliche Vorhaben in der Zukunft nachzudenken <input checked="" type="checkbox"/> Begrenztes Engagement/Begeisterung/Motivation |
| | 1 | <input type="checkbox"/> Kann keine Ziele/persönliche Vorhaben benennen <input type="checkbox"/> Persönliche Ziele/erwünschte Vorhaben sind angesichts vorhandener Fähigkeiten nicht erreichbar <input type="checkbox"/> Ziele haben keinen/wenig Bezug zu Stärken/Schwächen <input checked="" type="checkbox"/> Mangel an Engagement oder Motivation für die Zukunft <input type="checkbox"/> Unmotiviert durch widersprüchliche/überhöhte Ziele und Vorhaben |

Abbildung 10 Beispiel zur Bewertung des OPHI-II (aus Marotzki et al., 2008, S.42)

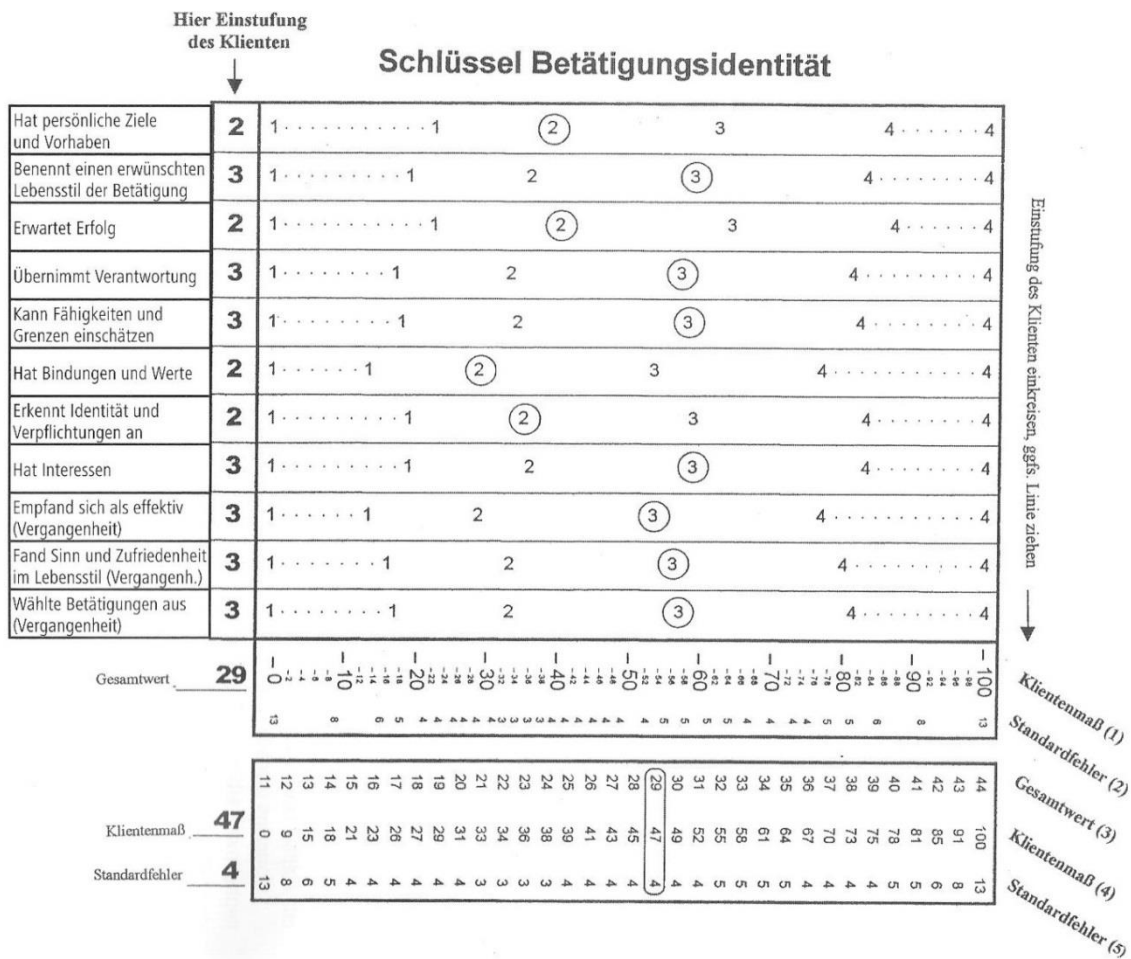


Abbildung 11 Beispiel zum Schlüsselbogen des OPHI-II (aus Marotzki et al., 2008, S.74)

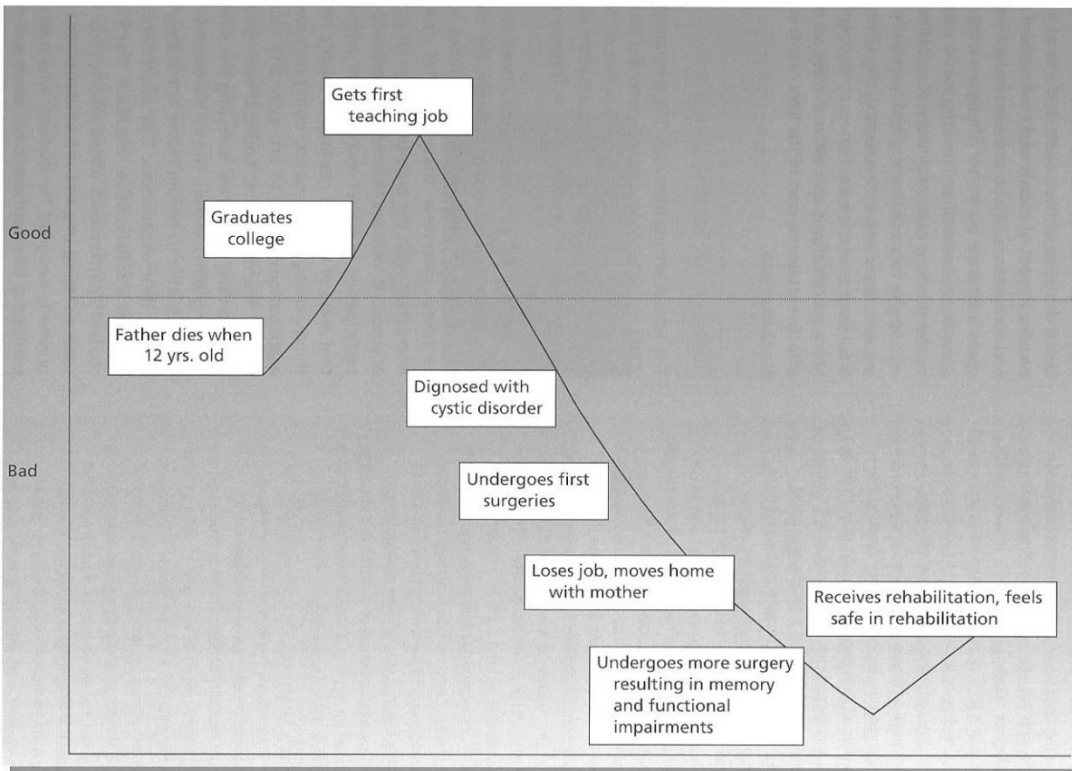


Abbildung 12 Beispiel einer narrativen Kurve (aus Kielhofner et al., 2008, S.271)

Format: Halb-strukturiertes Interview (3 Teile), Bewertungsskala (3 Skalen), Schlüsselbögen, lebensgeschichtlicher Bogen

Ziel/Zweck: das OPHI-II wird eingesetzt, um...

- Eine Anamnese der Betätigungsgeschichte eines Klienten durchzuführen
- Die Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und den Einfluss des Betätigungsumfeldes eines Klienten zu erheben
- Die wesentlichen Merkmale der Betätigungen innerhalb der Lebensgeschichte auf Basis der lebensgeschichtlichen Erzählung (Narration) festzuhalten

Zeitfaktor: Durchführung des Interview ca 1 Stunde. Zeit für Auswertung nicht angegeben

Informationen zum Assessment basierend auf dem Manual von Marotzki et al. (2008)

4.2 Studienlage

Die Recherche in den Datenbanken zu den Gütekriterien ergab insgesamt zu allen Assessments 89 Treffer. Von diesen wurden 33 Treffer aus der Übersicht ausgeschlossen. Der Grossteil konnten nicht in eines der für diese Arbeit definierten Gütekriterien eingeordnet werden. Viele untersuchen die Anwendung des Assessments im spezifischen Setting ohne Informationen zu den Kategorien der Reliabilität nach Fawcette (2007) zu generieren (z.B. Bodiam, 1999; Chatfield & Beckett, 2007; Kaiser & Braun, 2005; Reinhartz, 2002; Fossey, 1996), einige weitere die Sensitivität (z.B. Fisher, 2005; McNulty & Beplat, 2008; Norris, 1999; Warren, 2002). Ausschlüsse erfolgten auch für Fachartikel (z.B. Kirsh & Cockburn, 2009; Pollock, 1993) oder Sekundärliteratur (z.B. Donnelly & Carswell, 2002; Fuller, 2011; Noonan, Miller & Noreau, 2009). Eine ausführliche Auflistung der Studien zu den Assessments inklusive deren Ausschlussgründen findet sich in einer Tabelle im Anhang 2. Alle anderen 56 Studien liefern Ergebnisse zu den drei Gütekriterien. Zur Evaluation der Validität und Reliabilität wurden quantitative Analyseverfahren eingesetzt (meist Korrelationen oder Rasch Analyse) mit Ausnahme der Inhaltsvalidität, die wie die Praktikabilität durch qualitative Verfahren (z.B. Expertenreview) erhoben wurde. Die Studien zeigen eine grosse Spannweite von 10 bis zu 825 Teilnehmer und wurden in unterschiedlichen Fachbereichen (Neurologie, Geriatrie, Orthopädie, Psychiatrie, u.a.) und Ländern (England, Kanada, Niederlande, USA, Norwegen, Italien, Spanien, Schweden u.a.) durchgeführt.

4.2.1 Ergebnisse der Studien zum COPM

Für das COPM wurden insgesamt 24 Studien eingeschlossen. 14 Studien untersuchten die Validität, acht die Reliabilität und 14 die Praktikabilität des Assessments. Die Teilnehmerzahl in diesen Studien variiert zwischen 13 und 268. Es wurden international Probanden aus unterschiedlichen Fachbereichen, mit verschiedenen Diagnosen untersucht. Die Analysemethoden aller Studien der Validität und Reliabilität basieren auf der klassischen Testtheorie (KTT). Von allen Studien war ein Volltext erhältlich. In den folgenden Tabellen (5, 6, 7) sind die Hauptergebnisse der Studien zu den einzelnen Gütekriterien aufgeführt.

Tabelle 5: Studien zur Validität des COPM

| KTT | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--|
| Autor | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Hauptergebnisse |
| Carpenter et al. (2001) | | | ✓ | | | | | Schwache bis mittelmässige Korrelation COPM mit BAI, BDI, PSEQ und PVAS. Höchste Korrelation PSEQ und COPM-Performanz |
| Chan et al. (1997) | ✓ | | ✓ | ✓ | | | | Gute Inhaltsvalidität gemäss Expertenreview Keine bis schwache Korrelation zwischen COPM, KB-ADL, SPSQ und FIM. Schwache Evidenz zu Konvergenz- und Diskriminanzvalidität |
| Cup et al. (2003) | | | | ✓ | | | | Keine signifikante Korrelation zwischen COPM und BI, FAI, SA-SIP30, Euroqol und Rankin Scale |
| Dedding et al. (2004) | | | ✓ | ✓ | | | | Substantielle Übereinstimmung: 63% korrespondierende Probleme aus DIP identifiziert als Störung der Lebensqualität. |

Fortsetzung Tabelle 5: Studien zur Validität des COPM

| KTT | | | | | | | | Hauptergebnisse |
|------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Autor | Inhalts- validität | Konstrukt- validität | Konvergenz- validität | Diskriminanz- validität | Kriteriums- validität | Überein- stimmungs- validität | Vorhersage- validität | |
| | | | | | | | | <p>74% korrespondierende Probleme aus SIP68 identifiziert als Behinderung. Signifikante Korrelation zwischen COPM und SIP68 (physical domain)</p> <p>Vernachlässigbare Korrelation zwischen COPM und total SIP68 score</p> |
| Eyssen et al. (2011) | | | ✓ | | | | | Leichte bis mittelmässige Korrelation COPM mit SIP68, DIP und IPA |
| Harper et al. (2006) | | | ✓ | | | | | Schwache bis mittelmässige Korrelation COPM mit GSI, MPSS-SR und TSIB-L |
| Johnson Stuber et al. (2010) | | | ✓ | | | | | Mittelmässige Korrelation COPM OSA. Mittelmässige bis hohe Korrelation zwischen COPM und SIGA |
| Kjeken et al. (2004) | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | <p>COPM identifiziert eine grosse Bandbreite von Problemen der Betätigungsperformanz</p> <p>Schwache Korrelation COPM mit Krankheitsaktivität (AIMS2)</p> <p>Vernachlässigbare bis schwache Korrelation COPM mit MHAQ, AUSCAN, WOMAC</p> <p>72% Überschneidung Probleme COPM mit AIMS2. (gute Übereinstimmung)</p> |

Fortsetzung Tabelle 5: Studien zur Validität des COPM

| Autor | KTT | | | | | | | Hauptergebnisse |
|-----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | |
| McColl et al (2000) | | ✓ | | | ✓ | | | Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen COPM und folgenden theoretischen Konstrukten: Zufriedenheit mit Performanz, unabhängig Leben und Lebenszufriedenheit (SPSQ, RNL, LSS) Die Probleme aus dem COPM sind vergleichbar mit spontan genannten Problemen (PPCL) (moderate Übereinstimmung) |
| Nieuwenhuizen et al. (2014) | | | ✓ | | | | | Keine signifikante bis schwache Korrelation COPM (Performanzskala) mit PDI oder RAND-36 |
| Ripat et al. (2001) | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | Inhaltsvalidität höher bei COPM als bei HAQ Keine signifikante Korrelation COPM mit HAQ disability index. Mittelmässige bis hohe Korrelation COPM mit HAQ score zu übereinstimmenden Aktivitäten 50 von 64 Problemen einzuordnen in HAQ Items |
| Rochmann et al. (2008) | | | ✓ | | | | | Meist hohe Korrelation COPM mit PDI. Schwache bis mittelmässige Korrelation COPM mit GVAS |
| Spadaro et al. (2010) | | ✓ | ✓ | | | | | Mittelmässige Korrelation COPM mit Krankheitsaktivität (BASDAI) Mittelmässige Korrelation COPM mit BASDAI und BASFI. Keine Korrelation mit BASMI und HAQ |

Fortsetzung Tabelle 5: Studien zur Validität des COPM

| KTT | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Autor | Inhalts- validität | Konstrukt- validität | Konvergenz- validität | Diskriminanz- validität | Kriteriums- validität | Überein- stimmungs- validität | Vorhersage- validität | Hauptergebnisse |
| Van de Ven- Stevens et al. (2015) | | | ✓ | ✓ | | | | Mittelmässige Korrelation COPM mit DASH und MHQ Schwache Korrelation COPM mit Messinstrumenten für Beeinträchtigungen der Hand (Schmerz, AROM, Kraft) |

Tabelle 6: Studien zur Reliabilität des COPM

| KTT | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---|
| Autor | Retest- Reliabilität | Intrarater- Reliabilität | Interrater- Reliabilität | Paralleltest- Reliabilität | Test- halbierung- Reliabilität | Interne Konsistenz | Hauptergebnisse |
| Cup et al. (2003) | ✓ | ✓ | | | | | Mittelmässige Korrelation des Item Pools. Sehr hohe Korrelation beider Messungen der Ratingskalen |
| Ennemark Larson et al. (2012) | | | ✓ | | | | Keine signifikanten Unterschied der Datensammlung bei Ergo- und Physiotherapeuten |
| Eyssen et al. (2005) | ✓ | | ✓ | | | | Mittelmässige Korrelation beider Messungen. Schlechter für einzelne Probleme als für priorisierte Probleme und Rating Skalen. Leichte bis mittelmässige Korrelation bei unterschiedlichen Beobachtern |

Fortsetzung Tabelle 6: Studien zur Reliabilität des COPM

| KTT | | | | | | | Hauptergebnisse |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---|
| Autor | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | |
| Jenkinson et al. (2007) | ✓ | ✓ | | | | | Schwache bis mittelmässige Korrelation bei Klient. Mittelmässige bis hohe Korrelation bei Angehörigen |
| Kjeken et al. (2005) | ✓ | ✓ | | | | | Sehr hohe Korrelation bei persönlichem Interview und Mail. Hohe Korrelation für telefonisches Interview |
| Pan et al. (2003) | ✓ | ✓ | | | | | Sehr hohe Korrelation der Ratings beider Messungen |
| Sewell et al. (2001) | ✓ | ✓ | | | | | Sehr hohe Korrelation der Ratings beider Messungen |
| Spadaro et al. (2010) | ✓ | | | | | ✓ | Hohe Korrelation der Ratings beider Messungen Gute interne Konsistenz |

Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|-----------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|------------------------|
| Dedding et al. (2004) | | ✓ | | | ✓ | Zeitaufwand: 30-45min. |

Fortsetzung Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|-------------------------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|---|
| | | | | | | Klienten fühlen sich ernst genommen als Individuum, haben jedoch teilweise Schwierigkeiten beim Angeben einer Punktezahl für das Problem. Therapeuten empfanden die Durchführung des COPM als einfach. |
| Ennemark Larson et al. (2012) | | | | | ✓ | Therapeuten finden COPM unterstützend im Planungsprozess, es ermöglicht eine klientenzentrierte, betätigungsfokussierte Sicht. Es wurden Schwierigkeiten mit dem Punkteverteilungssystem angegeben. Die Meisten würden es weiter verwenden. |
| Eyssen et al. (2011) | | | | | ✓ | Ziel des COPM war klar für 90% der Klienten, Prozess hilfreich zur Problemidentifikation. 25,9% der Klienten fanden Punkteverteilung bei 1. Messung, 46,6% bei 2. Messung einfach |
| Gustafsson et al. (2012) | | | ✓ | | ✓ | Um COPM optimal einzusetzen sind gute Fähigkeiten in Kommunikation, Interviewführung und Zielsetzung nötig. Probleme müssen in realistische Ziele heruntergebrochen werden. Fehlende standortbezogene Leitlinien/Rahmenbedingungen können dazu führen, dass Therapeuten es wenig anwenden. COPM ist klientenzentriert. Rechenschaft gegenüber Klient und im interprofessionellen Team möglich. Es spiegelt die Rolle der Ergotherapie. |
| Johnson Stuber et al. (2010) | | ✓ | | | | Durchschnittlicher Zeitaufwand für COPM 18.8min. |
| Kjeken et al. (2005) | | | | | ✓ | Ein Drittel der Klienten empfanden den Prozess der Punkteverteilung als schwierig. |
| Kjeken et al. (2004) | | ✓ | | | ✓ | Durchschnittlicher Zeitaufwand 30min. |

Fortsetzung Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|----------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|--|
| | | | | | | COPM ist unterstützend bei Zielsetzungs-, Planungs- und Interventionsprozess und ist klientenzentriert. Klienten konnten den Fragen gut folgen. 37% gaben jedoch Schwierigkeiten bei der Punkteverteilung an. |
| Law et al. (1994) | | ✓ | ✓ | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand 30-40min.</p> <p>Die Durchführung des COPM bedarf eines effektiven Interviewstiles. Das Verständnis des Klienten soll durch Erklärung zum Ziel des COPM und zur Betätigungsperformanz vorher sichergestellt werden. Das Timing ist abhängig von den Fähigkeiten der Klienten zur Einsicht und eigener Problemidentifikation.</p> <p>83,6% der Klienten fanden Instruktionen und Leitfaden des COPM hilfreich. 58% fanden Resultate relevant für Intervention. Das COPM ist ungeeignet bei Klienten mit kognitiven Einschränkungen. Einige Klienten äusserten Schwierigkeiten bei der Problemidentifikation, sie empfinden den Therapeuten als Experten. Das COPM ermöglichte ein besseres Verständnis der Rolle des Ergotherapeuten.</p> |
| McColl et al. (2000) | | ✓ | | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand 46min.</p> <p>75% der Klienten finden COPM hilfreich zur Identifikation von Problemen und hatten keine Schwierigkeiten mit der Punkteskala. Alle Klienten konnten den Instruktionen folgen.</p> |
| Pan et al. (2003) | | ✓ | | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand 23.6min.</p> <p>Die durchschnittliche Schwierigkeit wurde von Therapeuten auf einer 7-Punkte Skala (7=einfach) auf 3.8 gewertet. 50% der Therapeuten würden das COPM in Zukunft einsetzen. Die andere Hälfte war gegenüber dem klientenzentrierten Ansatz in der taiwanesischen Kultur zurückhaltend. COPM motiviert Klienten zur Teilhabe an ihrem Behandlungsprozess.</p> |

Fortsetzung Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM

| Autor | | | | | | Hauptergebnisse |
|------------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|---|
| | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | |
| Rochmann et al. (2008) | | ✓ | | | ✓ | <p>Zeitaufwand 20-40min.</p> <p>Klienten fanden COPM nützlich und die Punkteverteilung einfach (nach Instruktionen des Therapeuten).</p> |
| Spadaro et al. (2010) | | ✓ | | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand 30min.</p> <p>Klienten fanden COPM gut verständlich. Es ermöglicht persönliche Probleme aus dem Alltag einzubringen und vereinfacht den Therapieprozess. Teilweise wurden Schwierigkeiten mit der Punkteverteilung angegeben.</p> |
| Toomey et al. (1995) | | ✓ | ✓ | | ✓ | <p>COPM eher zeitaufwändig (ca 1h).</p> <p>Einsatz des COPM ist abhängig von Einsicht, kognitive Fähigkeiten, emotionaler Zustand der Klienten. Punkteverteilung schwierig für beide Parteien. Klienten empfanden COPM als hilfreich, zur Priorisierung, Problemidentifikation und realistischen Zielsetzung. Viele äusserten aber auch Frustration bezüglich der Forderung selbst Probleme zu identifizieren und diese zu bewerten.</p> <p>COPM unterstützt den holistischen Behandlungsansatz und spiegelt Klientenzentriertheit wieder. Es hilft ergotherapeutische Rolle gegenüber sich selbst, dem Klient und dem interprofessionellen Team zu verdeutlichen. Die Therapeuten äusserten Schwierigkeiten mit der Anwendung des halbstrukturierten Ansatzes (limitierte Kreativität) und Ambivalenz mit der Klientenzentriertheit und ihrer Expertise.</p> |
| Wressle et al. (2002) | | | ✓ | | ✓ | <p>Wissen über Messinstrument und theoretischen Hintergrund nötig für korrekte Durchführung. Klient vorher aufklären, damit er sich vorbereiten kann. Genug Zeit einplanen.</p> <p>COPM unterstützt den klientenzentrierten Ansatz, den Zielsetzungs- und Planungsprozess. Es ist nicht geeignet im Akutsetting oder bei Einschränkungen von Kommunikation oder Hörvermögen.</p> |

Fortsetzung Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transportmöglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|---|--------|-------------|----------------------|----------------------|-----------|-----------------|
| <p>Es gab teilweise Schwierigkeiten bei der Punktevergabe. COPM ermutigt Therapeuten in ihrer Rolle und vereinfacht die Kommunikation im Team. 78% würden es weiter nutzen.</p> | | | | | | |

4.2.2 Ergebnisse der Studien zur RC

Für die RC wurden insgesamt sieben Studien eingeschlossen. Alle sieben Studien untersuchten die Validität, fünf Studien zusätzlich die Reliabilität. Es konnten keine Studien zur Praktikabilität nach Fawcette (2007) eingeschlossen werden. Die Teilnehmerzahl dieser Studien variiert zwischen 14 und 293. Es wurden international Probanden aus unterschiedlichen Fachbereichen, mit verschiedenen Diagnosen untersucht. Die Analysemethoden aller Studien der Validität und Reliabilität basieren auf der klassischen Testtheorie (KTT). Von drei Studien war kein Volltext erhältlich, weshalb über das Abstract hinaus keine weiteren Informationen generiert werden konnten (Gillard & Segal, 2002; Hachey, Jumoorty & Mercier, 1995; Oakley, Kielhofner, Barris & Reichler 1986). Die Autoren Avrech Bar, Rubin, Gavriael-Tyjchman & Jarus (2013) vergleichen in ihrer Studie eine modifizierte Version der RC (MRC), die neben der Rollenanzahl im Gegensatz zur originalen RC auch die Rollenlast evaluiert (Rollenüberlastung). Diese Studie wurde in Israel durchgeführt. In den folgenden Tabellen (8, 9) sind die Hauptergebnisse der Studien zur Validität und Reliabilität aufgeführt.

Tabelle 8: Studien zur Validität der RC

| Autor | KTT | | | | | | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | |
| Avrech Bar et al. (2013) | | | ✓ | | | | | Sehr hohe Korrelation Rollenzahl RC und M-RC für Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. |
| Bonsaksen et al. (2015) | ✓ | | | | | | | 4 Rollen messen Betätigungspartizipation (33% der Beispiele), 4 Rollen messen Betätigungsperformanz (65% der Beispiele). 2 Rollen sind eine Mischung aus beiden Konzepten. |
| Colón et al. (2002) | ✓ | | | | | | | Inhaltsvalidität spanische Version der RC sichergestellt durch Experten (Methode von Hachey et al., 1995). |
| Cordeiro et al. (2007) | ✓ | | ✓ | | | | | Inhaltsvalidität brasilianische Version der RC sichergestellt durch Experten. Schwache bis sehr hohe Korrelation für einzelne Rollen mit englischer Version (am meisten mittelmässig). Durchschnittliche Übereinstimmung 84%. |
| Gillard et al. (2002) | | ✓ | | | | | | schwache Korrelation sozialer Rollen gewichtet nach subjektiver Bedeutung mit Lebenszufriedenheit. |
| Hachey et al. (1995) | ✓ | | | | | | | Inhaltsvalidität der französischen RC konnte bestätigt werden. |
| Oakley et al. (1986) | ✓ | | | | | | | Inhaltsvalidität konnte bestätigt werden. |

Tabelle 9: Studien zur Reliabilität der RC

| KTT | | | | | | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---|
| Autor | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | |
| Avrech Bar et al. (2013) | ✓ | ✓ | | | | | Schwache bis hohe Korrelation der einzelnen Rollen (10 schwach, 6 mittelmässig, 4 hoch) (Kappa). Sehr hohe Korrelation bei Anzahl der Rollen für alle Zeitpunkte. Hohe Korrelation Rollenlast für Vergangenheit und Gegenwart, mittelmässig für Zukunft. |
| Colón et al. (2002) | ✓ | ✓ | | | | | Hohe (2. Teil) bis sehr hohe (1. Teil) intralinguale Korrelation beider Messungen. |
| Cordeiro et al. (2007) | ✓ | ✓ | | | | | Hohe (2. Teil) bis sehr hohe (1. Teil) intralinguale Korrelation beider Messungen. |
| Hachey et al. (1995) | ✓ | ✓ | | | | | moderate interlinguale und intralinguale Korrelation (höher für Teil 1 als für Teil 2). |
| Oakley et al. (1986) | ✓ | ✓ | | | | | moderate bis hohe Korrelation für Teil 1 und Teil 2. |

4.2.3 Ergebnisse der Studien zum OGQ

Für den OGQ wurden insgesamt vier Studien eingeschlossen. Alle vier Studien untersuchten die Validität und Reliabilität. Es konnten keine Studien zur Praktikabilität gefunden werden. Die Teilnehmerzahl dieser Studien variiert zwischen 102 und 825. Die Studien untersuchten alle Klienten mit verschiedenen neurologischen Krankheitsbildern (z.B. Schlaganfall, Gehirnerschütterung) und wurden

in Schweden oder im Iran durchgeführt. Die Analysemethoden basieren für alle Studien auf der modernen Testtheorie (MTT). Ein gängiges Verfahren ist dabei die Rasch Analyse, weshalb für folgende Übersichtstabellen eine zusätzliche Spalte zur Ausdifferenzierung hinzugefügt wurde. Zum besseren Verständnis und Übersicht wurde trotzdem versucht die Hauptergebnisse einem Unterkriterium der KTT zuzuordnen. Von einer Studie war kein Volltext erhältlich und kein Publikationsjahr angegeben (Eriksson, Kottorp, Borg & Thiam, 2009). Die Studie von Fallahpour, Tham, Taghi Joghataei, Eriksson & Jonsson (2011) basiert auf der persischen Version der RC, während die anderen drei Studien die schwedische Version untersuchen. In den folgenden Tabellen (10, 11) sind die Hauptergebnisse der Studien zur Validität und Reliabilität aufgeführt.

Tabelle 10: Studien zur Validität des OGQ

| Autor | KTT | | | | | | MTT | Hauptergebnisse | |
|------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|---|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | | Rasch-Analyse |
| Eriksson et al. (2009) | | ✓ | | | | | | ✓ | alle 28 Items und alle 116 Probanden haben akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. Der OGQ misst ein unidimensionales Konstrukt. Hohe Korrelation zwischen OGQ und Lebenszufriedenheit (LiSat-11) und schwache Korrelation mit depressiver Stimmung. |
| Eriksson et al. (o.J.) | | ✓ | | | | | | ✓ | Gute „internal scale“ und „people response“ Validität. |
| Eriksson et al. (2013) | | ✓ | | | | | | ✓ | Alle 28 Items und alle Probanden zeigen akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. |

Fortsetzung Tabelle 10: Studien zur Validität des OGQ

| KTT | | | | | | | MTT | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------|--|
| Autor | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Rasch-Analyse | |
| Fallahpour et al. (2011) | | ✓ | | | | | | ✓ | <p>Der OGQ misst ein unidimensionales Konstrukt.</p> <p>alle 31 Items und 98 von 102 Probanden zeigen akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. Der OGQ misst ein unidimensionales Konstrukt.</p> <p>mittelmässige Korrelation OGQ mit Lebenszufriedenheit (LiSat-11) motorischen Fähigkeiten (FMMA) und ADL (SIS-16, BI).</p> |

Tabelle 11: Studien zur Reliabilität des OGQ

| KTT | | | | | | MTT | | Hauptergebnisse |
|------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|
| Autor | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| Eriksson et al. (2009) | ✓ | | | | | | ✓ | Personen-Reliabilität wurde belegt. |

Fortsetzung Tabelle 11: Studien zur Reliabilität des OGQ

| Autor | KTT | | | | | MTT | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|---|
| | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| Eriksson et al. (o.J.) | ✓ | | | | | | ✓ | Personen-Reliabilität wurde belegt. |
| Eriksson et al. (2013) | ✓ | | | | | | ✓ | Personen- und Item-Reliabilität wurde belegt. |
| Fallahpour et al. (2011) | ✓ | | | | | | ✓ | Personen-Reliabilität wurde belegt. |

4.2.4 Ergebnisse der Studien zum OCAIRS

Für das OCAIRS wurden insgesamt sechs Studien eingeschlossen. Fünf Studien untersuchten die Validität, drei davon die Reliabilität und eine die Praktikabilität. Die Teilnehmerzahl in diesen Studien variiert zwischen 11 und 145. Allen Studien untersuchten Klienten oder Therapeuten aus dem Fachbereich Psychiatrie mit verschiedenen Diagnosen (inkl. chronische Schmerzpatienten) und wurden entweder in Schweden oder der USA durchgeführt. Die Analysemethoden der Studien basieren sowohl auf der KTT als auch der MTT. Von zwei Studien war kein Volltext erhältlich (Brollier, Watts, Bauer & Schmidt, 1988; Watts, Brollier, Bauer & Schmidt, 1989). Für die Studie von Haglund, Thorell & Walinder (1998) wurden dem OCAIRS 6 zusätzliche Fragen auf Basis der Ergebnisse aus Haglund & Hendriksson (1994) hinzugefügt. Lai, Haglund & Kielhofner (1999) beschreiben in ihrer Studie die Einzigartigkeit des OCAIRS in Bezug auf seine Ratingskalen, die für jedes Item ihre eigene Struktur haben. Trotzdem werden dabei alle Items auf einer einheitlichen

5-Punkte Skala eingeteilt, deren Bedeutung jedoch für gewisse Items variiert. In den folgenden Tabellen (12, 13, 14) sind die Hauptergebnisse der Studien zu den einzelnen Gütekriterien aufgeführt.

Tabelle 12: Studien zur Validität des OCAIRS

| Autor | KTT | | | | | | | MTT | Hauptergebnisse |
|------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------|---|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Rasch-Analyse | |
| Brollier et al. (1988) | | | ✓ | | | | | | Mittelmässige Korrelation OCAIRS mit GAS. |
| Haglund et al. (2013) | | ✓ | | | | | | ✓ | Alle Items ausser 3 (motor and communication skills, physical environment) und alle Probanden passen in Rasch Analyse (fit-statistics). Das OCAIRS misst ein unidimensionales Konstrukt der Betätigungsperformanz. |
| Haglund et al. (1994) | ✓ | | | | | | | | Übereinstimmung (MOHO) über 60% für 12 von 14 Domänen. |
| Lai et al. (1999) | | ✓ | | | | | | ✓ | Alle Items ausser „physical environment“ und „system trajectory“ passen in Rasch Analyse. Das OCAIRS misst unidimensionales Konstrukt der Betätigungsadaptation. Die Items haben eine individuelle Rating Struktur werden jedoch alle auf einer 5-Punkte-Skala eingestuft. Beobachter messen valide (nur 1 Rater misfit). |
| Watts et al. (1989) | | | ✓ | | | | | | Sehr hohe Korrelation zwischen OCAIRS und AOF. |

Tabelle 13: Studien zur Reliabilität des OCAIRS

| Autor | KTT | | | MTT | | | | Hauptergebnisse |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|---|
| | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| Haglund et al. (2013) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | <p>Personen-Reliabilität wurde bestätigt.</p> <p>Alle Beobachter ausser einem (er untersuchte einzigen Klient mit Asperger-Syndrom) passen in Rasch Analyse. Beobachter-Reliabilität wurde bestätigt.</p> |
| Haglund et al. (1994) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | <p>Für alle 14 Domänen über 60% Übereinstimmung (moderat).</p> <p>Hohe Korrelation für 9 von 14 Domänen, mittelmässige Korrelation von 5 Domänen (für beide Gruppen).</p> <p>Bei Differenzierung der Diagnosegruppen zeigen Patienten mit chronischen Schmerzen höhere Reliabilität als diejenigen der Akutpsychiatrie.</p> |
| Haglund et al. (1998) | | | ✓ | | | | | <p>Sehr hohe Korrelation für alle Domänen.</p> |

Tabelle 14: Studien zur Praktikabilität des OCAIRS

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|---------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|--|
| Watts et al. (1989) | | ✓ | | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand für die Durchführung des Interviews und des Rating 44 Minuten.</p> <p>Therapeuten empfanden die Anwendung des OCAIRS als einfach. Es unterstützt das Verständnis für den Klienten.</p> |

4.2.5 Ergebnisse der Studien zum OSA

Für das OSA wurden insgesamt sechs Studien eingeschlossen. Alle sechs Studien untersuchten die Validität, drei davon die Reliabilität und eine die Praktikabilität. Die Teilnehmerzahl in diesen Studien variiert zwischen 30 und 542. Es wurden international Probanden aus unterschiedlichen Fachbereichen, mit verschiedenen Diagnosen untersucht. Die Analysemethoden der Studien basieren sowohl auf der KTT als auch der MTT. Von allen Studien war ein Volltext erhältlich. In der Studie von Kielhofner & Forsyth (2009) sind drei aufeinanderfolgende Studien beschrieben, die unter anderem zur Ausarbeitung der Rating Skalen dienten. Dabei wurde zu Beginn die 3-Punkte-Skala des OSA zur 4-Punkte-Skala ergänzt und in der darauffolgenden Studie erneut bezüglich ihrer Begrifflichkeit überarbeitet. In den folgenden Tabellen (15, 16, 17) sind die Hauptergebnisse der Studien zu den einzelnen Gütekriterien aufgeführt.

Tabelle 15: Studien zur Validität des OSA

| Autor | KTT | | | | | | | MTT | Hauptergebnisse |
|------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------|---|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Rasch-Analyse | |
| Johnson Stuber et al. (2010) | | | ✓ | | | | | | Mittelmässige Korrelation OSA mit COPM und SIGA. OSA hat standardisierte Items im Gegensatz zu COPM und SIGA. |
| Kielhofner et al. (2010) | | ✓ | | | | | | ✓ | Die Items repräsentieren Konstrukt der Kompetenz und Wichtigkeit. Die Items und die entsprechenden Ratingskalen sind stabil über die Zeit. |
| Kielhofner et al. (2001) | | ✓ | | | | | | ✓ | Alle Items der Kompetenzskala und der Kontext-Skala und alle Probanden ausser 14 (4,6%) passen ins Rasch Modell*. Alle Items der Wichtigkeitsskala für Kompetenz und Kontext und alle Probanden ausser 15 (5%) passen ins Rasch Modell. Unidimensionalität konnte belegt werden. |
| Kielhofner et al. (2009) | | ✓ | | | | | | ✓ | <ol style="list-style-type: none"> 1) Items Kompetenz und Wichtigkeitsskala passen in Rasch Modell und messen unidimensionales Konstrukt. Beide Kontext-Skalen benötigen mehr Items. 2) Items Kompetenzskala und Wichtigkeitsskala passen ins Rasch Modell und messen unidimensionales Konstrukt. 3) Items Kompetenzskala und Wichtigkeitsskala passen ins Rasch Modell und messen unidimensionales Konstrukt. |

Fortsetzung Tabelle 15: Studien zur Validität des OSA

| Autor | KTT | | | | | | | MTT | Hauptergebnisse |
|-------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------|---|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Rasch-Analyse | |
| Nakamura-Thomas et al. (2013) | | | ✓ | | | | | | Hohe Korrelation OSA mit FES (total). Mittelmässige Korrelation OSA mit FES (ADL). |
| Taylor et al. (2011) | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | Über 90% der Items Kompetenz- und Wichtigkeitsskala und über 90% der Probanden passen ins Rasch Modell. Unidimensionalität wurde belegt. Schwache bis mittelmässige Korrelation OSA Kompetenzskala mit andere Assessments (infectious symptoms, fatigue severity, global health, stress for past month) keine Korrelation mit Wichtigkeitsskala. |

Tabelle 16: Studien zur Reliabilität des OSA

| Autor | KTT | | | | | | MTT | Hauptergebnisse |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|--|
| | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Testhalbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| Kielhofner et al. (2010) | ✓ | | | | | | ✓ | Ratingskala Kompetenz ist von den Klienten gleich eingesetzt worden. |

Fortsetzung Tabelle 16: Studien zur Reliabilität des OSA

| Autor | KTT | | | | | MTT | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|---|
| | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| | | | | | | | | Ratingskala zur Wichtigkeit ist bei zweiter Messung teilweise unterschiedlich eingesetzt worden: Kategorie „more important“ wurde weniger oft angegeben, Kategorie „most important“ wurde öfter angegeben. |
| Kielhofner et al. (2009) | ✓ | | | | | | ✓ | <ol style="list-style-type: none"> 1) 94% bzw 91% der Klienten nutzen OSA konstant. Ratingskala zur Kompetenz ist gleich eingesetzt worden. Ratingskala zur Wichtigkeit ist unterschiedlich eingesetzt worden. 2) mit erweiterter 4-Punkte-Skala setzten Klienten beide Rating-Skalen nicht gleich ein. 3) 90% der Klienten nutzen OSA konstant. Reliabilität mit überarbeiteter 4-Punkte-Skala stieg an. Klienten setzten Rating-Skalen gleich ein. |
| Taylor et al. (2011) | ✓ | | | | | | ✓ | Kompetenz- und Wichtigkeitsskala waren nicht vollständig stabil über die Zeit (Kompetenzskala 1 Item nicht stabil, Wichtigkeitsskala 3 Items nicht stabil). Die Differenzen waren signifikant aber klein. |

Tabelle 17: Studien zur Praktikabilität des OSA

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transport-möglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|------------------------------|--------|-------------|----------------------|-----------------------|-----------|--|
| Johnson Stuber et al. (2010) | | ✓ | | | | Durchschnittlicher Zeitaufwand 13,6 Minuten. |

4.2.6 Ergebnisse der Studien zum OPHI(-II)

Für das OPHI(-II) wurden insgesamt neun Studien eingeschlossen. Davon untersuchten fünf Studien die Validität, vier die Reliabilität und vier die Praktikabilität. Die Teilnehmerzahl in diesen Studien variiert zwischen 10 und 708. Es wurden international Probanden aus unterschiedlichen Fachbereichen, mit verschiedenen Diagnosen untersucht. Die Analysemethoden der Studien basierten sowohl auf der KTT als auch der MTT. Von einer Studie war kein Volltext erhältlich (Kielhofner, Henry, Walens & Rogers, 1991). Die Studie von Kielhofner, Harlan, Bauer & Maurer (1986) ermittelt die Reliabilität beim ORH (Occupational Role History), der Ursprungsversion des OPHI-II. Drei Studien evaluieren die psychometrischen Eigenschaften des OPHI, der Entwicklungsstufe dazwischen. Die restlichen fünf Studien wurden zum OPHI-II durchgeführt. In den folgenden Tabellen (18, 19, 20) sind die Hauptergebnisse der Studien zu den einzelnen Gütekriterien aufgeführt.

Tabelle 18: Studien zur Validität des OPHI(-II)

| Autor | KTT | | | | | | | MTT | Hauptergebnisse |
|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------|--|
| | Inhaltsvalidität | Konstruktvalidität | Konvergenzvalidität | Diskriminanzvalidität | Kriteriumsvalidität | Übereinstimmungsvalidität | Vorhersagevalidität | Rasch-Analyse | |
| Kielhofner et al. (2005) | | ✓ | | | | | | ✓ | Die Schlüsselbögen des OPHI-II geben ein unidimensionales Konstrukt wieder. |
| Kielhofner et al. (2001) | | ✓ | | | | | | ✓ | Alle Items der Kompetenzskala, der Identitätsskala und der Skala des Betätigungssetting passen ins Rasch Modell. 91% bzw 92% der Probanden passen ins Rasch Modell. |
| Kielhofner et al. (1988) | ✓ | | | | | | | | Inhaltsvalidität des OPHI wurde von 22 Experten und der AOTA sichergestellt. |
| Lynch et al. (1993) | | | ✓ | | | | | | Signifikante aber schwache Korrelation zwischen OPHI und CES-D (depression). Schwache bis mittelmässige Korrelation OPHI mit 6 MPI Subskalen. |
| Mallison et al. (1998) | | ✓ | | | | | | ✓ | 15% der Items passen nicht ins Rasch Modell. Items der OPHI-R messen kein unidimensionales Konstrukt sondern reflektieren 3 unterschiedliche Konstrukte: Betätigungskompetenz, Betätigungsidentität und Kontext. |

Tabelle 19: Studien zur Reliabilität des OPHI(-II)

| Autor | KTT | | | MTT | | | | Hauptergebnisse |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|--|
| | Retest-Reliabilität | Intrarater-Reliabilität | Interrater-Reliabilität | Paralleltest-Reliabilität | Test-halbierung-Reliabilität | Interne Konsistenz | Rasch-Analyse | |
| Kielhofner et al. (2001) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | ✓ | 92% der Beobachter nutzten die Skalen zulässig. |
| Kielhofner et al. (1986) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | Hohe bis sehr hohe Korrelation der Messungen aller Beobachter insgesamt für die einzelnen Items. Hohe bis sehr hohe Korrelation der Variablen, sehr hohe Korrelation der Subsysteme und sehr hohe Korrelation des Systems. Leichte bis sehr hohe Korrelation einzelner Items der ORH Rating Skalen. Hohe bis sehr hohe Korrelation der übergeordneten Variablen. Hohe bis sehr hohe Korrelation der Subsysteme und sehr hohe Korrelation des Systems. |
| Kielhofner et al. (1988) | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | Mittelmässige bis hohe Korrelation der zwei Messungen für einzelne Items bei Vergangenheit schwache bis mittelmässige Korrelation für Gegenwart. Korrelation bei übergeordneten Domänen etwas höher als für einzelne Items. Mittelmässige bis hohe Korrelation bei verschiedenen Beobachtern für Vergangenheit und schwache bis mittelmässige Korrelation für Gegenwart. |
| Kielhofner et al. (1991) | ✓ | | ✓ | | | | | Moderate Korrelation der Ergebnisse unter Anwendung zwei verschiedener Referenzrahmen (MOHO, eclectic). |

Tabelle 20: Studien zur Praktikabilität des OPHI(-II)

| Autor | Kosten | Zeitaufwand | Energie und Leistung | Transportmöglichkeit | Akzeptanz | Hauptergebnisse |
|--------------------------|--------|-------------|----------------------|----------------------|-----------|---|
| Apte et al. (2005) | | | ✓ | | ✓ | <p>Klienten und Therapeuten empfanden das OPHI als unterstützend für die Zielsetzung und den Interventionsprozess. Es ermöglicht eine ganzheitliche Sicht (klientenzentriert) auf das Leben der Klienten und begünstigt den Beziehungsaufbau. Beide Parteien profitierten von der narrativen Kurve als übersichtliche Darstellung. Die Klienten verstanden die Instruktionen und den Zweck des Assessments.</p> <p>Die Ergebnisse und der Verlauf des Interviews sind abhängig vom vorher aufgebauten Vertrauen und den gegebenen Informationen zu Sinn und Zweck des Assessment an den Klienten. Das OPHI muss individuell an den Klienten angepasst werden.</p> |
| Ennals et al. (2007) | | | | | ✓ | <p>Das OPHI-II ermöglicht eine ganzheitliche Sicht auf den Klienten (klientenzentriert). Es unterstützt den Fokus auf Betätigung im Therapieprozess, sowie die Kommunikation zwischen Klient und Therapeut. Dadurch kann das Vertrauen gestärkt werden. Die Klienten empfanden die Zeit, die ihnen gewidmet wurde und die Möglichkeit eigene Ziele und Prioritäten einbringen zu können als sehr positiv.</p> |
| Kielhofner et al. (2001) | ✓ | | | | | <p>Das Manual des OPHI-II ist eher teuer. Es beinhaltet präzise Instruktionen und Informationen zum Assessment.</p> |
| Kielhofner et al. (1988) | | ✓ | | | ✓ | <p>Durchschnittlicher Zeitaufwand insgesamt 1½ Stunden. Ca 47 Minuten zur Durchführung des Interviews, 21 Minuten für das Rating und 28 Minuten für den narrativen Report.</p> <p>Therapeuten empfanden OPHI als unterstützen zur Erfassung der Lebensgeschichte, zur Identifikation von Problemen und zur bedeutungsvollen Zielsetzung. Über 40% würden es weiter nutzen, nur 16% würden es nicht nutzen. Über 80% würden es in den ergotherapeutischen Bericht einfließen lassen.</p> |

5 Diskussion

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die Ergebnisse zu den Gütekriterien diskutiert und kritisch gegenübergestellt. Zusätzlich wird darauf eingegangen inwiefern die Assessments Partizipation im Sinne der ICF messen und wie sie eingeordnet werden können.

5.1 Assessments und ihre Psychometrische Eigenschaften

Die Einteilung der Studien in die Unterkategorien der Gütekriterien stellt eine Herausforderung dar. Einerseits wird die Terminologie der Gütekriterien in den Studien und der Literatur unterschiedlich eingesetzt und definiert. Andererseits bestehen auch Diskrepanzen zwischen den englischen Begriffen und ihrer Einordnung in die deutschen Begriffe der Testtheorie.

5.1.1 Validität

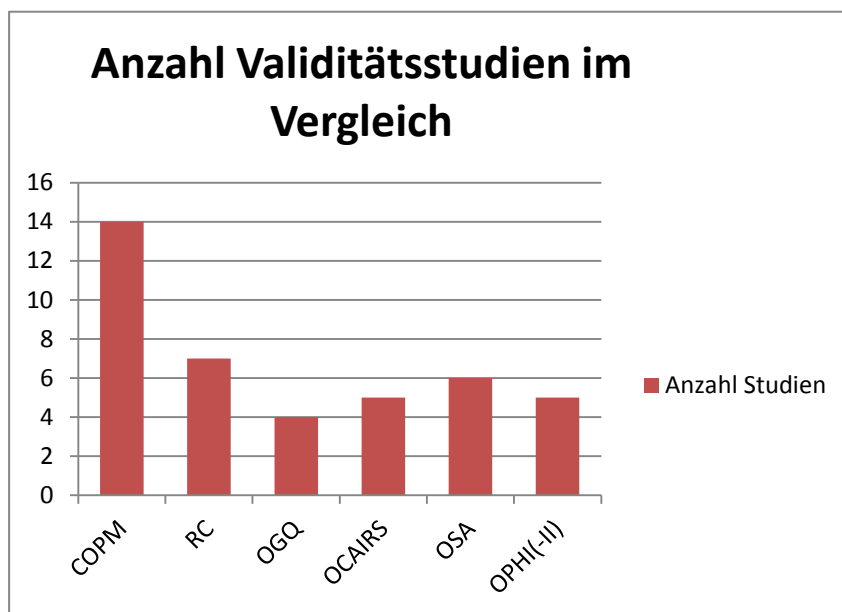


Abbildung 13 Vergleich Anzahl Validitätsstudien

Das COPM hat mit 14 Stück die höchste Anzahl an durchgeführten Validitätsstudien während zum OGQ mit vier Stück die geringste Anzahl vorliegt (siehe Abbildung 13). Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine grosse Anzahl an Studien nicht automatisch eine gute Qualität des Assessments bedeutet. Ebenso ist das Erscheinungsjahr zu berücksichtigen. Der OGQ beispielsweise wurde im Jahr 2012 publiziert, während das COPM schon viel länger existiert und damit auch mehr Zeit zur Durchführung von Studien Vorhanden war. Die Evidenzlage des COPM und OSA unterstreicht die

Inhalts-, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität der Assessments. Für alle anderen Assessments wurde ebenfalls Inhalts- und Konstruktvalidität sichergestellt. Es fehlt jedoch an Studien zur Kriteriumsvalidität. Die Validität des OCAIRS wurde in den inkludierten Studien ausschliesslich für Klienten mit psychiatrischen Diagnosen untersucht. Zur RC wurde in vielen Studien nur die Inhaltsvalidität erhoben, was eine eingeschränkte Evidenz zur Validität bedeutet, da diese oft lediglich auf Expertenmeinungen beruht. Die beiden Studien zur Konvergenzvalidität vergleichen die RC mit einer veränderten Version vom Assessment selbst (MRC oder brasilianische Version) und nicht mit anderen Assessments mit vergleichbarem theoretischen Konstrukt. Die Validität des OGQ wurde in erster Linie von der Entwicklerin des Assessments und nur bei Klienten aus dem Fachbereich Neurologie untersucht.

Die Korrelationsergebnisse mehrere Studien zur Validität des COPM zeigen dessen einzigartige Fähigkeit auf, eine grosse Bandbreite von Informationen zu Problemen der Betätigungsperformanz zu erheben (z.B. McColl, Paterson, Davies, Doubt & Law, 2000). Der Grund für häufig eher mittelmässige Korrelationen mit anderen standardisierten Assessments kann dem Design des COPM zugeschrieben werden (halbstrukturiert, klientenzentriert). Im Gegensatz zu anderen Assessments, die festgelegte, vordefinierte Items haben, wird der Itempool des COPM durch die genannten Probleme der Klienten ausgearbeitet. Das Rating basiert auf fünf priorisierten Problemen. Es handelt sich hierbei also um eine Unterscheidung zwischen klar standardisierten und definierten Erhebungsmethoden durch Beobachtung und Selbsteinschätzung oder einer Selbsteinschätzung auf Basis eines halbstrukturierten Interviews mit ausgeprägter Flexibilität bei der Durchführung und der Interaktion mit dem Klienten. Diese Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit decken sich mit denen von McColl et al. (2000). Sie weisen darauf hin, dass, aufgrund der Heterogenität des Iteminhalts, keine starke Assoziation des COPM mit existierenden standardisierten Messinstrumenten zu erwarten sei. Gleiches könnte der Fall sein beim OPHI(-II) und beim OCAIRS. Auch da handelt es sich um halbstrukturierte Interviews, die stark von der Interaktion zwischen Therapeut und Klient abhängig sind. Eine Schwäche des COPM könnte darin bestehen, dass zwar Probleme der Betätigungsperformanz evaluiert, die Ursachen dahinter im Hinblick auf die einzelnen Performanz Komponenten (z.B. Störung physischer, mentaler, soziokultureller

Komponenten) aber nur bedingt reflektiert werden. Dazu schlagen Chan & Lee (1997) vor verschiedene Assessments zu kombinieren.

Betätigungsverhalten ist kein unidimensionales Konstrukt, sondern abhängig von der Wechselwirkung zwischen Person (Betätigungsidentität), dem Kontext und der Aktivität (Betätigungskompetenz) (Kielhofner, 2008). Dies ist ein weiteres Hindernis für sehr gute Validität. Die Evidenz des OPHI bestätigt, dass die Vergangenheits- und Gegenwartsskala zwei unterschiedliche Konstrukte repräsentieren (Kielhofner & Henry, 1988). Bonsaksen & Meidert (2015) zeigen für die RC auf, dass die Rollen auf beide Konstrukte des MOHO verteilt sind (Betätigungspartizipation und Betätigungsperformanz). Laut Eriksson, Tham & Kottorp (2013) misst die OGQ zwei Typen von Betätigungslücken („tun ohne es zu wollen“ oder „nicht tun obwohl tun möchte“) weshalb die Unidimensionalität nicht vollständig erreicht wurde. Die Ergebnisse zeigen die Schwierigkeit oder sogar Unmöglichkeit auf ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt wie Betätigungsverhalten mit standardisierten Assessments abzubilden.

In der Studie von Johnson Stuber & Nelson (2010) wurden das OSA und das COPM mit dem SIGA verglichen. Die höhere Korrelation des COPM mit dem SIGA im Vergleich zum OSA unterstreicht den schon zuvor angedeuteten Unterschied zwischen halbstrukturierten Interviews (mündliche Informationen) und standardisierten Selbsteinschätzungen (schriftliche Informationen). Das OSA, die RC und der OGQ haben im Vergleich zum COPM, OCAIRS und OPHI festgelegte, vordefinierte Items und sind weniger abhängig von der Interaktion zwischen Therapeut und Klient.

5.1.2 Reliabilität

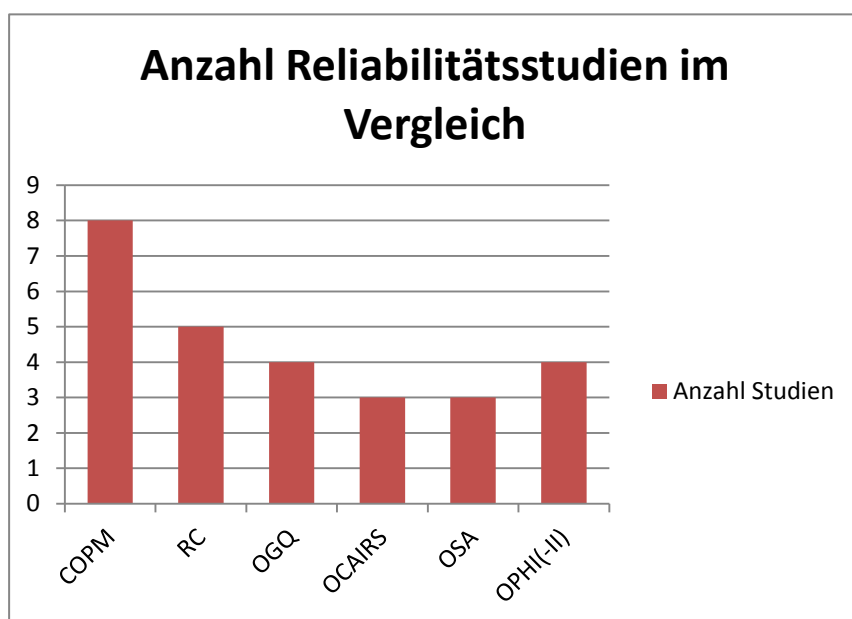


Abbildung 14 Vergleich Anzahl Reliabilitätsstudien

Mit acht Studien zur Reliabilität hat das COPM auch hier die grösste Anzahl. Das OCAIRS mit nur drei Studien führt eher eine niedrige Anzahl auf (siehe Abbildung 14). Dabei untersuchten alle Studien zur Reliabilität des OCAIRS psychisch beeinträchtigte Menschen. Drei der Reliabilitätsstudien des OGQ wurden von der Verfasserin des Assessments durchgeführt und basieren alle auf der schwedischen Version des Assessments.

Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits aufgegriffen spielt auch bei der Reliabilität das Design der Assessments eine wichtige Rolle. Obwohl für alle Assessments Evidenz zur Reliabilität vorhanden ist, gibt es einige diskussionswürdige Punkte.

Für Assessments wie das COPM, das OCAIRS oder das OPHI, die stark abhängig von der Anwendung des Beobachters sind, ist die Erhebung der Rater-Reliabilität essenziell. Hier zeigt sich in den Studien, dass der halbstrukturierte Charakter des COPM zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann, da er einerseits Variabilität in der Anwendung (verschiedene Interviewstile, unterschiedlich formulierte Fragen) bietet und andererseits vom aktuellen Zustand des Klienten abhängig ist. (Johnson Stuber et al., 2010). Diese Annahme wird unterstützt durch die Studie von Eyssen, Beelen, Dedding, Cardol & Dekker (2005), welche die grössere Stabilität für Ergebnisse bei gleichen als bei unterschiedlichen Ratern aufzeigt. Beim COPM hat sich auch gezeigt, dass die genannten Probleme stabiler sind als die angegebene

Wichtigkeit, weil die Wahrnehmung der Klienten im Leben nicht statisch ist sondern variiert. Laut der Studie von Kjekken, Dagfinrud, Uhlig, Mowinckel, Kvien & Finset (2005), die einen Vergleich der Reliabilität zwischen einem Interview per Mail, per Telefon oder persönlich aufgestellt haben, kann in die Praxis eine Interviewdurchführung per Mail das persönliche Interview ersetzen. Diese Empfehlung bedarf jedoch weiterer Untersuchungen.

Beim OPHI(-II) zeigen sich ähnliche Probleme mit der Stabilität der Ratings. Es sticht klar hervor, dass die Reliabilität für das Rating der Vergangenheit stabiler ist als jenes der Gegenwart (z.B. Kielhofner et al., 1988). Gewisse Abweichungen in den Ratings sind wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sich zwar Fakten der Lebensgeschichte nicht ändern aber der physische und emotionale Zustand des Klienten zum Zeitpunkt des Interviews (Gegenwart) die Erzählung beeinflusst. Ein weiterer Grund könnten stattgefundenen Veränderungen bezüglich des Gesundheitszustandes des Klienten in der Zeit zwischen zwei Messungen sein. Dies gilt auch für alle anderen Assessments. Kielhofner et al. (1988) verweisen zusätzlich auf eine höhere Stabilität bei Klienten aus der Geriatrie oder mit physischen Beeinträchtigungen im Vergleich zu Menschen mit psychischen Einschränkungen. Es zeigt sich auch in den Studien zum OCAIRS dass die Stabilität bei Klienten mit chronischen Schmerzen höher ist als bei Klienten der Akutpsychiatrie (Haglund et al., 1994).

Die Ergebnisse zur Stabilität der RC zeigen auf, dass Teil 1 (Rollen angeben) eine höhere Reliabilität aufweist als Teil 2 (Bedeutung der Rollen) (z.B. Hachey et al., 1995; Colón & Haertlein, 2002). Diese Erkenntnis ist vergleichbar mit denjenigen zum COPM und zum OSA. Die Angabe zu den Rollen ist weniger beeinflusst, als diejenige zur Bedeutung, welche von der Stimmung und dem Zustand des Klienten abhängig ist. Kielhofner, Dobria, Forsyth & Kramer (2010) zeigen auch für das OSA eine geringere Stabilität der Wichtigkeitsskala. Klienten nutzen die Ratingskalen teilweise nicht konstant. Deshalb schlagen die Autoren vor, Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Laut Johnson Stuber et al. (2010) ist jedoch die Rater-Reliabilität beim OSA weniger wichtig als beispielsweise beim COPM, da das OSA standardisierte Items besitzt.

Insgesamt kann gesagt werden, dass Variabilität in der Anwendung bei Selbsteinschätzungsinstrumenten zu erwarten ist, da die Klienten nicht intensiv in

dessen Anwendung geschult werden können. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist die Dimension der Rating Skala. Das COPM hat mit einer 10-Punkte-Skala die grösste Anzahl an Möglichkeiten, was auch eine Schwierigkeit für die Klienten bei der Einteilung bedeuten kann, während die anderen Assessments jeweils eine 4-Punkte oder 3-Punkte Skala aufweisen.

5.1.3 Praktikabilität

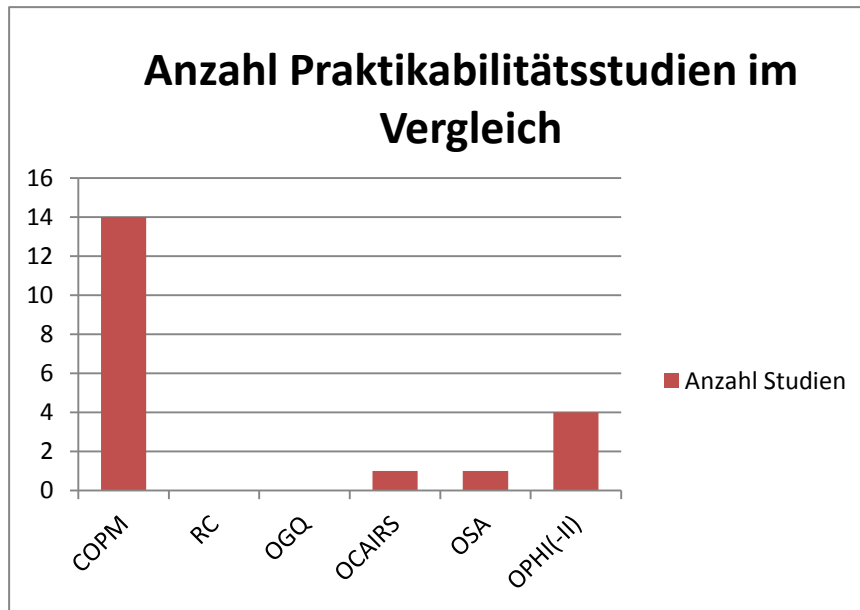


Abbildung 15 Vergleich Anzahl Praktikabilitätsstudien

Für die RC und den OGQ waren keine Studien zu Praktikabilität vorhanden. Zum OCAIRS und OSA jeweils eine Studie. Am meisten Studien kann erneut das COPM mit insgesamt 14 aufweisen (Abbildung 15).

In allen Studien zum COPM wird der klientenzentrierte Ansatz des Assessments unterstrichen. Therapeuten und Klienten empfinden das COPM als unterstützend im Zielsetzungs- Planungs- und Interventionsprozess. Es wurden aber von beiden Parteien auch oft Probleme bei der Punkteverteilung angegeben. Ennemark Larson & Carlsson (2012) erklären, dass einige Klienten Schwierigkeiten haben, eigene Verantwortung für den Therapieprozess zu übernehmen und diesen aktiv mitzugestalten (bspw. Menschen aus anderen Kulturen oder ältere Menschen, die es nicht gewohnt sind). Der Einsatz des COPM und auch anderen Selbsteinschätzungsinstrumenten oder Interviews ist abhängig von der Einsicht, den kognitiven Fähigkeiten und dem emotionalen Zustand der Klienten (Toomey, Nicholson & Carswell, 1995). Zusätzlich sind sie abhängig vom Grad der Ehrlichkeit der Klienten bei der Erhebung. Daher werden Assessments wie das COPM, das

OPHI(-II) oder das OCAIRS weniger im Akutsetting sondern eher zum Zeitpunkt der späteren Rehabilitation eingesetzt. Solche Assessments sind auch nicht geeignet für Klienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Diese Erkenntnisse decken sich auch mit den Angaben in den Manualen.

Voraussetzung für eine effiziente und korrekte Anwendung des COPM und OPHI(-II) sind in erster Linie gute Interviewfähigkeiten und Kenntnisse des klientenzentrierten Ansatzes (Law, Platajko, Pollock, McColl, Carswell & Baptiste, 1994). Letzteres gilt auch für alle anderen untersuchten Assessments. Für das COPM, das OPHI(-II) und trotz fehlender Studien wahrscheinlich auch für das OCAIRS kann die Interviewdurchführung alleine schon als Teil des therapeutischen Prozesses gesehen werden, da die Klienten über ihr Leben nachdenken und zu Veränderungen im zukünftigen Verhalten angeregt werden. Auch das OPHI(-II) wurde als unterstützend für den Zielsetzungs- und den allgemeinen Interventionsprozess empfunden. Hier wird ebenfalls die klientenzentrierte Herangehensweise unterstrichen (Ennals & Fossey, 2007). Die Ergebnisse von Interviews zur Lebensgeschichte sind stark beeinflusst vom vorangegangenen Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Klient. Eine solche Erhebung kann aber gleichzeitig auch positives zur Beziehung beitragen (Apte, Kielhofner, Paul-Ward & Braveman, 2005). Bei allen Selbsteinschätzungsinstrumenten werden die Klienten in den Therapie- und Zielsetzungsprozess miteinbezogen. Befragungen zeigen, dass eine solche Vorgehensweise die Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung der Klienten fördert (z.B. Pan, Chung & Hsin-Hwei, 2003; Wressle, Marcusson & Henriksson, 2002).

Die Praktikabilitätsstudien zum OCAIRS und zum OSA geben nur wenige Informationen. Die Beobachter der Studie von Watts et al. (1989) beschreiben das OCAIRS als klientenzentriert und unterstützend für das Bewusstsein der Klienten bezüglich ihrer Beeinträchtigung und Lebenssituation. Im Manual von Marotzki et al (2011) wird für das OSA ebenfalls die Klientenzentrierung unterstrichen. Da die untersuchten Assessments alle Selbsteinschätzungsinstrumente sind, liegt es nahe, dass sie auch alle dem Ansatz der Klientenzentriertheit entsprechen. Aus den Manualen und den Studien ergibt sich, dass neben den Interviews (COPM, OCAIRS, OPHI-II) auch weniger komplexe Selbsteinschätzungsinstrumente wie das OSA oder der OGQ nicht geeignet sind für Klienten mit fehlender Krankheitseinsicht oder schweren kognitiven Defiziten.

Der angegebene Zeitaufwand für das COPM in den Studien variiert von 20-45 Minuten. Der hohe Zeitaufwand erschwert den Einsatz des Assessments in der Praxis. Dies gilt auch für das OPHI(-II) mit einer durchschnittlichen Dauer von insgesamt ca 1½ Stunden. Das OPHI(-II) kann oder soll daher über mehrere Termine verteilt werden. Der durchschnittliche Zeitaufwand für das OCAIRS beläuft sich auf 44 Minuten (liegt zwischen COPM und OPHI(-II)). Der durchschnittliche Zeitaufwand des OSA beträgt laut Johnshon Stuber et al. (2010) 13.6 Minuten und somit deutlich weniger, als das COPM, OPHI(-II) und OCAIRS. Die Ursache könnte darin liegen, dass die zuletzt genannten Assessments auf mündlichen Interviews basieren, während das OSA, die RC und der OGQ vordefinierte Items besitzen, welche vom Klienten schriftlich gewertet werden.

5.2 Assessments, ICF und Partizipation im Vergleich

Das COPM basiert auf dem kanadischen Modell der Betätigungsperformanz (neu CMOP-E). Townsend & Polatajko (2013) zeigen auf, dass das Konzept der „occupational performance und engagement“ (dynamische Wechselwirkung zwischen Person, Kontext und Betätigung) vergleichbar mit der Domäne Aktivität und Partizipation der ICF ist. Dazu gehören die drei im COPM erfassten Betätigungsbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Ennemark Larson & Carlsson (2012) unterstreichen in ihrer Studie den Link zwischen „occupational performance“ aus dem COPM und der Partizipation der ICF. Eine weitere Studie teilt ergotherapeutische Modelle der ICF zu und zeigt dabei ebenfalls eine Passung der Betätigungsbereiche des CMOP mit dem Konzept Aktivität und Partizipation in der ICF (Stamm, Cieza, Machold, Smolen & Stucki, 2006). Alle anderen Assessments basieren auf dem amerikanischen Modell der menschlichen Betätigung (MOHO). Gemäss Kielhofner (2008) ist das Konzept der „occupational participation“ aus dem MOHO der Domäne Partizipation der ICF zuzuordnen während die „occupational performance“ die Aktivitätskomponente widerspiegelt. Die Rollen in der RC sind gemäss Bonsaksen et al. (2015) sowohl auf das Konstrukt „occupational participation“ als auch auf jenes der „occupational performance“ verteilt. Rollen die im Bezug zu Produktivität und dem gesellschaftlichen Leben stehen tendieren zur Domäne Partizipation in der ICF während Rollen in der Familie, und individuelle Betätigungen eher in die Kategorie Aktivität fallen. Es existiert keine Studie zur Verlinkung des OCAIRS mit der ICF. Nach der Beschreibung des Manuals erfasst

das Assessment alle wichtigen Bereiche des MOHO und damit auch die Partizipation (Marotzki et al.2010). Folglich kann darauf geschlossen werden, dass ein Link zur Domäne der „Aktivität und Partizipation“ vorhanden ist. Gleiches gilt für das OPHI(-II). Auch zum OSA und zum OGQ existieren keine Studien zur Einordnung der Assessments in die ICF. Das OSA evaluiert die Bereiche der Habituation, Volition und Betätigungsperformanz aus dem MOHO. Laut Kielhofner (2008) kann Habituation der ICF Domäne „tägliche Routine“ (Partizipation und Aktivität) zugeteilt werden. Die Betätigungsperformanz (occupational performance) beinhaltet mehrere Domänen der Aktivität und Partizipation in der ICF (z.B. tägliche Routine, Mobilität, Haushalt und bedeutende Lebensbereiche). Die Aktivitäten, welche mit dem OGQ erhoben werden, basieren auf der IC (Interessenscheckliste) und RC aus dem MOHO. Der Link von RC zur ICF wurde bereits beschrieben. Die IC unterliegt in erster Linie dem Konzept der Volition aus dem MOHO, welches Kielhofner (2008) eher der Kategorie „Motivation“ der ICF einteilt. Diese gehört zu den mentalen Funktionen (body functions). Der OGQ erhebt Informationen von I-ADL, Freizeit und Produktivität (Arbeit/Schule), was wiederum vergleichbar ist mit dem kanadischen Modell (CMOP-E) in welchem diese Lebensbereiche mit der ICF verlinkt sind. Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch der OGQ zumindest teilweise Partizipation im Sinne der ICF misst. Alle Assessments liefern zusätzlich Informationen zu anderen Domänen der ICF (body functions, environmental & personal factors). Ein essenzieller Unterschied der ICF zu den in dieser Arbeit untersuchten Assessments besteht darin, dass die ICF keine subjektiven Erfahrungen zur Partizipation beinhaltet. Für die Arbeit in der Ergotherapie ist das Erfassen der subjektiven Wahrnehmung der Klienten bezüglich Partizipation essenziell.

6 Schlussfolgerung

6.1 Beantwortung der Fragestellung und Implikationen für die Praxis

Zu allen Assessments ist Evidenz zur Validität und Reliabilität vorhanden. Die umfassendste Evidenzlage besteht zum COPM, während der OGQ bisher nur wenige Studien aufweisen kann und, mit Ausnahme einer, alle von der Autorin des Assessments durchgeführt wurden. Studien zur Praktikabilität fehlen für den OGQ und die RC. Alle Assessments können auf Basis ihres theoretischen Hintergrundes oder durch Studien in die Domäne „Aktivität und Partizipation“ der ICF eingeordnet werden. Sie decken neben der Partizipation noch andere Domänen der ICF ab. Alle Assessment existieren in deutscher Version abgesehen vom OGQ, der bisher nur auf Englisch erhältlich ist. In der Regel ist der Zeitaufwand für Interviews (COPM, OCAIRS, OPHI-II) grösser als derjenige für schriftliche Selbsteinschätzung (OSA, RC, OGQ). Die Dauer der Assessments ist jedoch abhängig von den Anwendungskennnissen und der Erfahrung damit. Wichtig für den Einsatz von subjektiven Assessments zur Selbsteinschätzung ist das Bewusstsein für deren eher unreliable Natur (Jenkinson, Ownsworth & Shum (2007)). Das heisst: wenn solche Assessments genutzt werden, um Outcomes zu evaluieren, muss der Therapeut sich dem Grad der Fehlerquote aufgrund des halbstrukturierten Designs (bei Interviews) und der subjektiven, sich verändernden Wahrnehmung oder Empfindung (Selbsteinschätzung) sowie des eingeschränkten Wissen und Verständnisses der Klienten zur Anwendung des Assessments bewusst sein. Aktive Mitarbeit des Klienten und ein Bewusstsein für den eigenen Zustand sind wichtige Voraussetzungen für den Einsatz der untersuchten Assessments. Folglich sind sie nicht geeignet im Akutsetting oder bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, ausser durch Einbezug der Angehörigen.

6.2 Limitationen

In dieser Arbeit wurden Studien anhand von Abstracts ein- oder ausgeschlossen und auch evaluiert. Es wurden nur bei Bedarf im Volltext weitere Informationen erhoben sofern dieser zur Verfügung stand. Folglich wurden möglicherweise in der Arbeit Studien verpasst (selectio bias). Gleiches gilt für das Einschlusskriterium Sprache, da nur deutsche und englische Studien eingeschlossen wurden. Die ambivalente Terminologie und die Übersetzung von Begriffen der Studien ins Deutsche können

zu fehlerhaften Einteilungen der Ergebnisse in Unterkriterien geführt haben. Um eine umfassende Übersicht zu bieten wurden viele Studien untersucht. Folglich konnte nicht detailliert und differenziert auf einzelne Unterschiede der klassischen und modernen Testtheorie eingegangen werden. Für die Praktikabilität wurden Studien eingeschlossen, die in die Definition und Kriterien nach Fawcette (2007) eingeordnet werden konnten, alle anderen wurden ausgeschlossen, was ebenfalls in einem Informationsverlust resultieren kann.

Trotz oder gerade aufgrund dieser Einschränkungen konnte dafür ein umfassender Überblick zur Evidenzlage der sechs untersuchten Assessments gegeben werden. Im Hinblick auf die Verlinkung mit der ICF soll dieser nicht nur den Ergotherapeuten, sondern auch anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens bei der Entscheidung zum Einsatz eines passenden Assessments dienen.

6.3 Weiterführende Fragen und Forschungsbedarf

Während dieser Arbeit wurden Fragen aufgeworfen, die nicht beantwortet werden oder Forschungsbedarf aufgedeckt, auf den nicht weiter eingegangen werden konnte. In der Tabelle 21 sind wichtige Themen aufgelistet.

Tabelle 21 offene Fragen und Forschungsbedarf

| Thema | Forschungsbedarf |
|---|---|
| Vertiefungsarbeit | Diese Arbeit soll eine grobe Übersicht zur Evidenzlage von subjektiven Assessments zur Partizipation geben. Für die Zukunft ist eine intensivere und genauere Untersuchung des Volltextes einzelner Studien zu den Gütekriterien notwendig |
| OGQ | Zum OGQ ist die kleinste Anzahl an Studien vorhanden und sie wurden grösstenteils von der Autorin des Assessments bei Klienten mit neurologischen Diagnosen durchgeführt. Hier wäre Bedarf nach Studien in anderen Fachbereichen. Zusätzlich ist das Assessment bisher nur in Englisch erhältlich, die Entwicklung einer deutschen Version wäre wünschenswert. |
| Studien zur aktuellsten Version und Originalversion | Einige Studien modifizieren die Assessments für den Zweck der Studie oder lassen Teilaspekte einfach weg. Dies kann zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Oft existieren keine oder nur wenige Studien zur aktuellsten Version des Assessments, was die Interpretation der Studienergebnisse erschwert. Studien die das aktuelle Assessment standardisier anwenden sind erwünscht. |

Fortsetzung Tabelle 21 offene Fragen und Forschungsbedarf

| Thema | Forschungsbedarf |
|-----------------------------|---|
| Sensitivität | Neben den Hauptgütekriterien spielt für die Praxis vor allem die Sensitivität eine wichtige Rolle. Obwohl viele der eingeschlossenen Studien Informationen dazu lieferten, wurden sie für die vorliegende Arbeit nicht berücksichtigt. Es ist wichtig, dass weiterführende Analysen die Sensitivität der Assessments einschliessen und beschreiben. |
| Teilnehmerzahl | Einige der eingeschlossenen Studien wiesen eine niedrige Anzahl Teilnehmer auf. Für eine aussagekräftige Studie sind laut Bortz (2006) über 30 Probanden nötig. In einer Folgearbeit sollten diejenigen Studien ausgeschlossen oder der Bedarf an Studien mit genügend Teilnehmer gedeckt werden |
| Ambivalenz der Terminologie | In der Literatur und den Studien aus verschiedenen Ländern zeigte sich eine Ambivalenz in der verwendeten Terminologie. Für einen Vergleich von Ergebnissen stellt dies eine Barriere dar. Auch die Zuordnung der englischen zu den deutschen Begriffen der Testtheorie ist unklar. Hier wäre eine aufklärende, vergleichende Arbeit hilfreich. |

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Framework: Domain and Concern (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- American Occupational Therapy Association (1989). Uniform Terminology for Occupational Therapy – Second Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 808-815.
- American Occupational Therapy Association (2014) edited by Asher, I.E. *Asher's Occupational Therapy Assessment Tools: An Annotated Index*. USA: AOTA.
- Apte, A., Kielhofner, G., Paul-Ward, A. & Braveman, B. (2005). Therapists' and Clients' Perceptions of the Occupational Performance History Interview. *Occupational Therapy in Health Care*, 19(1-2), 173-192.
- Avrech Bar, M., Rubin, V., Gavriael-Tyjchman, G. & Jarus, T. (2013). The validity and reliability of the modified version of the Role Checklist. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 454-462.
- Baum, C. M. & Law, M. (1997). Occupational Therapy Practice: Focusing on Occupational Performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4), 277-288.
- Biefang, I., Potthoff, P. & Schliehe, F. (1999). *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Bonsaksen, T. & Meidert, U. (2015). Does the Role Checklist Measure Occupational Participation? *The open Journal of Occupational Therapy*, 3(3), 1-12.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Auflage)*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Brollier, C., Watts, J.H., Bauer, D. & Schmidt, W. (1988). A concurrent validity study of two occupational therapy evaluation instruments: the AOF and OCAIRS. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(3), p49-60.

- Bünting, K.-D., Bitterlich, A. & Pospiech, U. (2000). *Schreiben im Studium mit Erfolg: Ein Leitfaden*. Berlin: Cornelsen.
- Bundesamt für Statistik (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Carpenter, L., Baker, G.A. & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 16-22.
- Chan, Ch.C.H. & Lee, T.M.C. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*, 4(3), 231-249.
- Colón, H. & Haertlein, C. (2002). Spanish Translation of the Role Checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 586-589.
- Cordeiro, J.R., Camelier, A., Oakley, F. & Jardim J.R. (2007). Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 33-40.
- Cup, E.H., Scholte op Reimer, W.J., Thijssen, M.C. & van Kuyk-Minis, M.A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 402-409.
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I.C., Dekker, J. & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18(6), 660-667.
- Ennals, P. & Fossey, E. (2007). The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(1), 11-21.
- Ennemark Larson, A. & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 204-2013.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS) (2011). *Berufskodex (3. Aufl.)*. Abgerufen von <http://www.ergotherapie.ch>

- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS). (2011). *Ergotherapeutische Fachsprache: Auswertung der Fokusgruppen „Fachsprache“ vom EVS-Kongress*. Abgerufen von <http://www.ergotherapie.ch>
- Eriksson, G. (2013). *Occupational Gaps Questionnaire (OGQ) (version 1.0)*. Nacka: Swedish Association of Occupational Therapists.
- Eriksson, G., Kottorp, A., Borg, J. & Tham, K. (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 187-194.
- Eriksson, G., Kottorp, A. & Tham, K. (o.J.). Development and validation of Occupational Gaps Questionnaire - an assessment measuring participation in everyday occupations. *Journal unbekannt*.
- Eriksson, G., Tham, K. & Kottorp, A. (2013). A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: The Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 152-160.
- Eyssen, I.C.J.M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M. & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 888-894.
- Eyssen, I.C.J.M., Steultjens, M.P.M., Oud, T.A.M., Bolt, E.M., Maasdam, A. & Dekker, J. (2011). Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 48(5), 517-528.
- Fallahpour, M., Tham, K., Taghi Joghataei, M., Eriksson, G. & Jonsson, H. (2011). Occupational Gaps in Everyday Life After Stroke and the Relation to Functioning and Perceived Life Satisfaction. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 42, 37-48.
- Fawcett, A. L. (2007). *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists: Theory, Skills and Application*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Frank, A., Haacke, S. & Lahm, S. (2007). *Schlüsselkompetenzen: Schreiben in Studium und Beruf*. Stuttgart: Carl Ernst Poeschel.

- Gillard, M. & Segal, M. (2002). Social roles and subjective well-being in a population of non-disabled older adults. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 22, 96S.
- Gustafsson, L., Mitchell, G., Fleming, J. & Price, G. (2012). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(7), 337-342.
- Hachey, R., Jumoorty, J., & Mercier, C. (1995). Methodology for validating the translation of test measurements applied to occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 2, 190-203.
- Hack, B. A. (2004). *Ethik in der Ergotherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Haglund, L. & Forsyth, K. (2013). The measurement properties of the Occupational Circumstances Interview and Rating Scale - Sweden (OCAIRS-S V2). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 412-419.
- Haglund, L. & Henriksson, C. (1994). Testing a Swedish version of OCAIRS on two different patient groups. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 8(4), 223-230.
- Haglund, L., Thorell, L. & Walinder, J. (1998). Occupational functioning in relation to psychiatric diagnoses; schizophrenia and mood disorders. *Journal of Psychiatry*, 52, 223-229.
- Harper, K., Stalker, C.A. & Templeton, G. (2006). The Use and Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a Posttraumatic Stress Program. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 26(2), 45-55.
- Hucke, B. & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Jenkinson, N., Ownsworth, T. & Shum, D. (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21(12), 1283-1294.
- Johnson Stuber, Ch. & Nelson, D.L. (2010). Convergent Validity of Three Occupational Self- Assessments. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(1), 13-21.

- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theorie and Application (4th Edit.)*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K. & Basu, S. (2005). The Construction of Keyforms for Obtaining Instantaneous Measures From the Occupational Performance History Interview Rating Scales. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 25(1), 23-32.
- Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K. & Kramer, J. (2010). The Occupational Self-Assessment: Stability and the Ability to Detect Change Over Time. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 30(1), 11-19.
- Kielhofner, G. & Forsyth, K. (2001). Measurement Properties of a Client Self-report for Treatment Planning and Documenting Therapy Outcomes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(3), 131-139.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J. & Iyenger, A. (2009). Developing the Occupational Self-Assessment: the use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 94-104.
- Kielhofner, G., Harlan, B., Bauer, D. & Maurer, P. (1986). The reliability of a historical interview with physically disabled respondents. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(8), 551-556.
- Kielhofner, G. & Henry, A.D. (1988). Development and Investigation of the Occupational Performance History Interview. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(8), 489-498.
- Kielhofner, G., Henry, A.D., Walens, D. & Rogers, E.S. (1991). A generalizability study of the Occupational Performance History Interview. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation and Health*, 11(5), 292-306.
- Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K. & Lai, J.S. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 260-267.

- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Uhlig, T., Mowinckel, P., Kvien, TK. & Finset, A. (2005). Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *Journal of Rheumatology*, 32(8), 1503-1509.
- Kjeken, I., Slatkowsky-Christensen, B., Kvien, T.K., Uhlig, T. (2004). Norwegian Version of the Canadian Occupational Performance Measure in Patients With Hand Osteoarthritis: Validity, Responsiveness, and Feasibility. *Arthritis & Rheumatology*, 51(5), 709-715.
- Law, M., Baum, C. & Dunn, W. (2005). *Measuring Occupational Performance: Supporting best Practice in Occupational Therapy (2nd Edit.)*. Grove Road: SLACK Incorporated.
- Law, M. & McDermid, J. (2008). *Evidence-Based Rehabilitation: A Guide to Practice (2nd Edit.)*. Grove Road: SLACK Incorporated.
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M.A., Carswell, A. & Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and measurement issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 191-197.
- Lai, J.S., Haglund, L. & Kielhofner, G. (1999). Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. An examination of construct validity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(4), 267-273.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse (6.Auflage)*. Weinhheim: Psychologie Verlags Union.
- Lynch, K.B. & Bridle, M.J. (1993). Construct validity of the Occupational Performance History Interview. *Occupational Therapy Journal of Research*, 13(4), 231-240.
- Mallinson, T., Mahaffey, L. & Kielhofner, G. (1998). The Occupational Performance History Interview: evidence for three underlying constructs of occupational adaptation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(4), p219-228.
- Mangold, S. (2011). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie: Reflektiert – Systematisch – Wissenschaftlich fundiert*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. & Weber, P (Hrsg.). (2015). *COPM: Canadian Occupational Performance Measure (5th Edition)* (Dehnhardt, B, George, S. &

- Harth, A., Übers.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. (Originalversion: Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. & Pollock, N.)
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. & Weber, P. (Hrsg.). (2012). *Checklisten des Model of Human Occupation: Interessenscheckliste (IC), Rollen-Checkliste (RC), Aktivitäten-Protokoll (AR), Fragebogen zur Betätigung (OQ)*. (Mentrup, Ch. & Langlotz, A., Übers.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. (Originalversion: Oakley, F.Ch., Kielhofner, G. & Barris, R.)
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. & Weber, P (Hrsg.). (2011). *Benutzerhandbuch für das Occupational Self Assessment (OSA): Ein Selbsteinschätzungsinstrument (Version 2.2)*. (Reinhartz, S., Übers.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. (Originalversion: Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V. & Wolenski, J.)
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. & Weber, P (Hrsg.). (2010). *OCAIRS: Interview zu Betätigungsbedingungen. Handbuch mit Bewertungsskala (Version 4.0)*. (Dehnhardt, B. & J., Übers.) Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. (Originalversion: Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, Ch., Haglund, L., Olson, L., Skinner, S. & Kulkarni, S.)
- Marotzki, U., Mentrup, Ch. & Weber, P (Hrsg.). (2008). *OPHI-II The Occupational Performance History Interview: Interview zur Betätigungsvorgeschichte (Version 2.1)*. (Dehnhardt B. & J., Übers.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. (Originalversion: Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. & Walens, D.)
- McColl, M.A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L. & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- Nakamura-Thomas, H. & Kyougoku, M. (2013). Application of Occupational Self-Assessment in Community Settings for Older People. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 31(2), 103-114.
- Nieuwenhuizen, M.G., de Groot, S., Janssen, T.W., van der Maas, L.C & Beckerman, H. (2014). Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 51(5), 727-746.

- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R. & Reichler, R.K. (1986). The Role Checklist: development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 157-170.
- Pan, A.W., Chung, L. & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 10(4), 269-277.
- Pospeschill, M. (2010). *Testtheorie, Testkonstruktion, Testevaluation*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J. & Tate, R.B. (2001). A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 247-253.
- Sewell, L & Singh, S.J. (2001). The Canadian Occupational Performance Measure: is it a Reliable Measure in Clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease? *British Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 305-310.
- Rochmann, D.L., Ray, S.A., Kulich, R.J., Metha, N.R. & Driscoll, S. (2008). Validity and Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Outcome Measure in a Craniofacial Pain Center. *Occupational Therapy Journal of Research: Occupation, Participation & Health*, 28(1), 4-11.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion (2. Aufl)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sackett, D. L., Rosenberg W. M. C., Muir Grey, J. A., Haynes R. B. & Richardson W. S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Scheepers, C., Steding-Albrech, U. & Jehn, P. (2007). *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis (3. Aufl.)*. Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Schuntermann, M. F. (2013). *Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – offene Fragen (4. Aufl.)*. Heidelberg: ecomed Medizin.
- Spadaro, A., Lubrano, E., Massimiani, M.P., Gaia, P., Perrotta, F.M., Parsons, W., Ferrara, N. & Valesini G. (2010). Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for

- patients with ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(2), 215-222.
- Taylor, R., Lee, S.W., Kramer, J., Shirashi, Y. & Kielhofner, G. (2011). Psychometric Study of the Occupational Self-Assessment With Adolescents After Infectious Mononucleosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 20-28.
- Toomey, M., Nicholson, D. & Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 242-249.
- van de Ven-Stevens, L.A., Graf, M.J., Peters, M.A., van der Linde, H., Geurts, A.C. (2015). Construct Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in Participants With Tendon Injury and Dupuytren Disease. *Physical Therapy*, 95(5), 750-757.
- World Federation of Occupational Therapists WFOT (2004). *Code of Ethics*. WFOT. Abgerufen von <http://www.wfot.org>
- Stamm, T.A., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J.S. & Stucki, G. (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 9-7.
- Watts, J.H., Brollier, C., Bauer, D. & Schmid, W. (1989). A Comparison of two Evaluation Instruments Used with Psychiatric Patients. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(4), p7-27.
- WHO. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: World Health Organization, heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.html>, am 10.07.2015
- Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure - Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 40-48.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------------------|--|
| ADL | Activities of daily living |
| AOTA | American Occupational Therapy Association |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| CMOP(-E) | Canadian Model of Occupational Performance (and Engagement) |
| COPM | Canadian Occupational Performance Measure |
| COTEC | Comitee of Occupational Therapists for European Communities |
| EBM | Evidence-based medicin |
| EBP | Evidence-based practice |
| EVS | Ergotherapeut/innen Verband Schweiz |
| IADL | Instrumental activities of daily living |
| IC | Interessen Checkliste |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| ICF | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit |
| ICIDH | International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps |
| MOHO | Model of Human Occupation |
| KTT | Klassische Testtheorie |
| MTT | Moderne Testtheorie |
| OCAIRS | Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale |
| OGQ | Occupational Gaps Questionnaire |
| OPHI(-II) | Occupational Performance History Interview (-II) |
| OSA | Occupational Self-Assessment |
| OTPF | Occupational Therapy Process Framework |
| RC | Rollen Checkliste |
| WFOT | World Federation of Occupational Therapists |
| WHO | World Health Organisation |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Aspekte der Praktikabilität (nach Fawcette, 2007) | 14 |
| Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Assessments | 15 |
| Tabelle 3: Keywords der Literaturrecherche | 16 |
| Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien..... | 17 |
| Tabelle 5: Studien zur Validität des COPM | 32 |
| Tabelle 6: Studien zur Reliabilität des COPM..... | 35 |
| Tabelle 7: Studien zur Praktikabilität des COPM..... | 36 |
| Tabelle 8: Studien zur Validität der RC | 41 |
| Tabelle 9: Studien zur Reliabilität der RC..... | 42 |
| Tabelle 10: Studien zur Validität des OGQ..... | 43 |
| Tabelle 11: Studien zur Reliabilität des OGQ | 44 |
| Tabelle 12: Studien zur Validität des OCAIRS..... | 46 |
| Tabelle 13: Studien zur Reliabilität des OCAIRS | 47 |
| Tabelle 14: Studien zur Praktikabilität des OCAIRS | 48 |
| Tabelle 15: Studien zur Validität des OSA..... | 49 |
| Tabelle 16: Studien zur Reliabilität des OSA | 50 |
| Tabelle 17: Studien zur Praktikabilität des OSA..... | 52 |
| Tabelle 18: Studien zur Validität des OPHI(-II)..... | 53 |
| Tabelle 19: Studien zur Reliabilität des OPHI(-II)..... | 54 |
| Tabelle 20: Studien zur Praktikabilität des OPHI(-II) | 55 |
| Tabelle 21 offene Fragen und Forschungsbedarf | 66 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Wechselwirkung der Komponenten der ICF | 10 |
| Abbildung 2 Beispiel für Anwendung des COPM | 21 |
| Abbildung 3 Wichtigkeitsskala des COPM | 21 |
| Abbildung 4 Performanzskala des COPM | 22 |
| Abbildung 5 Zufriedenheitsskala des COPM..... | 22 |
| Abbildung 6 Beispiel der RC | 23 |
| Abbildung 7 Beispiel zur Analyse und Interpretation des OGQ | 24 |
| Abbildung 8 Beispiel für die Interpretation des OCAIRS | 26 |
| Abbildung 9 Beispiel zur Anwendung des OSA..... | 27 |
| Abbildung 10 Beispiel zur Bewertung des OPHI-II..... | 28 |
| Abbildung 11 Beispiel zum Schlüsselbogen des OPHI-II..... | 29 |
| Abbildung 12 Beispiel einer narrativen Kurve | 29 |
| Abbildung 13 Vergleich Anzahl Validitätsstudien | 56 |
| Abbildung 14 Vergleich Anzahl Reliabilitätsstudien | 59 |
| Abbildung 15 Vergleich Anzahl Praktikabilitätsstudien..... | 61 |

Wortanzahl

Abstract: 198 Worte

Bachelorarbeit: 7'938 Worte

Eigenständigkeitserklärung

Ich, Tamara Roost, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

04.05.2016

Danksagung

Ein besonderes Dankeschön gebührt meiner Mentorin Frau Brigitte Gantschnig, die mich beim Vorgehen und in fachlichen Fragen kompetent unterstützt hat. Für die motivierende Rückmeldung bei persönlichen Besprechungen am Tisch oder per Skype sowie bei den Mails danke ich ihr herzlich.

Des Weiteren geht mein Dank auch an Frau Ursula Meidert, die das Thema meiner Arbeit ursprünglich als Praxisthema eingereicht hat sowie an Frau Ingvild Kjeklen, für das prompte zuschicken ihrer Studie auf meine Anfrage.

Zusätzlich möchte ich mich bei meinen fleissigen Feedback–Geber und –Geberinnen bedanken, die meine Arbeit kritisch begutachtet und mir gute Tipps und Verbesserungsvorschläge gemacht haben. Dies sind:

- Herr Pejman Sarabi
- Frau Monika Elsässer
- Frau Ramona Müller

Ein letztes Dankeschön widme ich aufrichtig meiner Familie und Freunden, die mir während der strengen Arbeitszeit stets mit Verständnis, motivierenden Worten und Unterstützung zur Seite standen.

Anhang

Anhang 1 Glossar

A

Assessment Umfassender, systematischer Prozess der Informationssammlung, mithilfe verschiedener Methoden als Grundlage für Entscheidungen im Therapieverlauf und zur Evaluation der Therapieergebnisse (Fawcette, 2007)

B

Betätigung Was jemand in seinem persönlichen Alltag und in seiner persönlichen Umwelt in seinem derzeitigen Lebensabschnitt tut (Jerosch-Herold, 2009)

Betätigungsperformanz die Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen (CAOT, 1997).

Boolesche Operatoren Um die Suche in Datenbanken differenzierter durchzuführen werden Boolesche Operatoren eingesetzt. Die gängigsten sind dabei AND, OR oder NOT. Das AND verbindet Stichworte miteinander, während das NOT Merkmale ausschliesst. Mit OR wird nach entweder oder gesucht. (Bünting et al, 2000)

C

CMOP(-E) Das kanadische Modell zeigt, dass Betätigungsperformanz das Ergebnis der Interaktion zwischen der Person, der Umwelt und der Betätigung ist. Es wird davon ausgegangen, dass Integration und Ausgeglichenheit der drei Betätigungsbereiche (Selbstversorgung, Produktivität

und Freizeit) die Essenz der Betätigungsperformanz darstellen. (CAOT, 2002)

D

Diskriminanzvalidität Die Diskriminanzvalidität zeigt die Unabhängigkeit des Zielkonstrukts von anderen Konstrukten auf. Es wird eine tiefe oder keine Korrelation erwartet (Bortz et al., 2006)

E

**Evidence-based
Medicin (EBM)** Die EBM beschreibt den gewissenhaften und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten Evidenz für Entscheidungen über die Pflege des Individuums (Slacklett et al., 1996)

**Evidence-based
Practice (EBP)** Die EBM beschreibt den gewissenhaften und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten Evidenz für Entscheidungen über die Rehabilitation und Gesundheit des Individuums (Law & McDermid, 2008)

F

Freizeit Freizeit ist ein Bereich in dem Personen sich betätigen. Er beinhaltet ruhige Erholung, aktive Erholung und soziale Aktivitäten (CAOT, 2013)

I

Inhaltsvalidität Die Inhaltsvalidität ist die subjektive Einschätzung, ob der Inhalt der Testitems das zu messende Konstrukt widerspiegeln. (Bortz et al., 2006)

**International
Classification of
Functioning, Disability
and Health (ICF)** Die ICF ist eine Klassifikation die zur Ergänzung der ICD-10 entwickelt wurde. Sie beschreibt die Funktionsfähigkeit und Behinderung bezüglich eines Gesundheitsproblems. (WHO, 2001)

| | |
|-------------------------------------|---|
| Interne Konsistenz | Für die Berechnung der internen Konsistenz wird ein Test in so viele Teile zerlegt wie er Items hat. Im Folgenden wird die Korrelation zwischen den einzelnen Testteilen ermittelt (Lienert et al., 1998) |
| Interrater-Reliabilität | Die Interrater-Reliabilität erfasst das Ausmass der Übereinstimmung der Testergebnisse bei demselben Probanden erhoben durch unterschiedliche Beobachter (Bortz et al., 2006). |
| Intrarater-Reliabilität | Mit der Intrarater-Reliabilität wird die Übereinstimmung der Interpretation des Beobachters über die Zeit hinweg gemessen. (Bortz et al., 2006) |
| Item | „Das Item ist die kleinste Beobachtungseinheit in einem Test. Ein elementarer Baustein, aus dem ein Test aufgebaut ist.“ (Rost, 2004, S.55) |
| K | |
| Klassische Testtheorie (KTT) | Die klassische Testtheorie (KTT) bietet eine wichtige Grundlage zur Konstruktion und Interpretation psychodiagnostischer Testverfahren (Prospeschill, 2010) |
| klientenzentriert | In der klientenzentrierten Praxis der Ergotherapie wird davon ausgegangen, dass jeder Klient sich selbst am besten kennt und daher den Schwerpunkt der Behandlung festlegen sollte (Jerosch-Herold et al, 2009). Es beschreibt die Einstellung des Therapeuten, den Klienten als echten Partner anzusehen, der sowohl an Entscheidungen beteiligt wird, als auch die Therapie aktiv mitgestaltet (Dehnhardt, o.J.). |
| Konstruktvalidität | Konstruktvalidität ermittelt, ob das, durch den Test gemessene, Konstrukt mit ähnlichen Konstrukten zusammenhängt oder von inhaltsfremden Konstrukten |

unabhängig ist (Bortz et al., 2006).

Konvergenzvalidität Konvergenzvalidität liegt vor, wenn mehrere Methoden dasselbe Konstrukt übereinstimmend messen und zu ähnlichen Ergebnissen führen (Bortz et al., 2006).

Korrelationskoeffizient Der Korrelationskoeffizient ist ein quantitatives Mass (r) für Enge und Richtung des Zusammenhangs zweier oder mehrere Variablen (Wertebereich: $-1 < r < 1$). Der Wert 0 gibt an, dass kein Zusammenhang vorliegt. Je höher der Koeffizient ausfällt, desto enger ist der bestehende Zusammenhang. (Bortz et al., 2006, S.732)

Kriteriumsvalidität Bei der Kriteriumsvalidität geht es darum das Verhalten einer Person ausserhalb der Testsituation anhand der produzierten Daten in der Testsituation vorherzusagen. Dazu wird die Korrelation mit einem passenden Aussenkriterium erhoben (Bortz et al., 2006).

M

Moderne Testtheorie (MTT) Die moderne Testtheorie (MTT) ist eine Ergänzung zur KTT. Sie wird auch PTT (probabilistische Testtheorie) oder IRT (Item-Response-Theorie) genannt (z.B. die Rasch Analyse) und erlaubt durch eine Differenzierung latenter und manifester Variablen eine explizite Prüfung ob alle Items das gleiche Merkmal messen (Itemhomogenität) und beschreibt die Beziehung zwischen diesen Variablen. (Prosperchill, 2010)

Modell der menschlichen Betätigung (MOHO) Das Modell der menschlichen Betätigung versteht Betätigungsverhalten als Ergebnis der Interaktion von persönlichen und umweltbedingten Faktoren. Es wird davon ausgegangen, dass das, was Personen innerhalb ihren Betätigungen tun, sie zu den Personen formt, die sie in Zukunft sein werden. Somit leistet Betätigung einen zentralen Beitrag zu Gesundheit, Wohlbefinden,

Entwicklung und Veränderung (Jerosch-Herold et al., 2009)

P

Partizipation

Mit Partizipation ist die Teilhabe an einer Betätigung und deren Aufrechterhaltung sowie soziale Teilhabe und Interaktion gemeint (AOTA, 2002)

Paralleltest-Reliabilität

Bei der Paralleltest-Reliabilität werden im Vorfeld zwei Testversionen entwickelt, die beide Operationalisierungen desselben Konstrukts darstellen. Anschliessend wird deren Korrelation berechnet (Bortz et al., 2006).

Performanz

Der Begriff Performanz bezieht sich auf die spontane Ausführung der Handlungen, die für eine Betätigung notwendig sind. Performanz beinhaltet ein komplexes Zusammenspiel skelettmuskulärer, neurologischer, perzeptiver und kognitiver Phänomene (Jerosch-Harold et al., 2009)

Produktivität

Produktivität ist ein Bereich in dem Personen sich betätigen. Er beinhaltet bezahlte/unbezahlte Arbeit, Haushalt, und Spiel/Schule. (CAOT, 2013)

Praktikabilität

Unter Praktikabilität wird die Anwendbarkeit eines Tests in der Praxis beschrieben (Fawcette, 2007)

R

Rasch Analyse

Die Rasch Analyse wird zur Untersuchung von Assessments verschiedener Disziplinen eingesetzt. Die Analyse überprüft beispielsweise die Passung der Daten und des Modells (fit-statistik) (Pospeschill, 2010)

Rasch Modell

Das Rasch-Modell steht hinter der Rasch Analyse. Es wurde entwickelt, um spezifische, objektive (d.h. item- und personenunabhängige) Testresultate zu gewinnen.

Das Rasch Modell beschreibt eine logistische Funktion aus Personenfähigkeit und Itemschwierigkeit. (Rost, 2004)

Rater

Prüfer = diejenige Person, die einen Test durchführt

Reliabilität

Die Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit (Stabilität) eines Tests. Darunter wird der Grad der Genauigkeit verstanden, mit dem er ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal misst (Lienert et al., 1998).

Retest-Reliabilität

Bei der Retest-Reliabilität wird derselbe Test derselben Stichprobe zweimal vorgelegt, um danach die Korrelation der beiden Messwertreihen zu evaluieren. (Bortz et al., 2006).

S

Selbstversorgung

Selbstversorgung ist ein Bereich in dem Personen sich betätigen. Er beinhaltet Sorge für die eigene Person, Mobilität und Regelung persönlicher Angelegenheiten. (CAOT, 2013)

standardisiert

Standardisiert bedeutet eine Vereinheitlichung von Massen oder Vorgehensweisen. Ziel ist die Schaffung eines gemeinsamen Standards beispielsweise zur Durchführung eines Assessments. Dafür sind klare Vorgaben zu Anwendung und Interpretation notwendig. Standardisierung ist eine Voraussetzung für valide und reliable Assessments. (Fawcette, 2007)

U

Übereinstimmungsvalidität

Die Übereinstimmungsvalidität gehört zur Kriteriumsvalidität und ist dann gemeint, wenn Testwert und Kriteriumswert zum selben Messzeitpunkt erhoben wurden (Bortz, 2006).

V

Validität

Die Validität zeigt die Genauigkeit auf, mit dem ein Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise tatsächlich misst, die er messen soll. (Bortz et al., 2006)

Vorhersagevalidität

Die Vorhersagevalidität gehört zur Kriteriumsvalidität und ist dann gemeint, wenn der Kriteriumswert erst nach dem Testwert erhoben wurden (Bortz, 2006).

Anhang 2 Übersichtstabelle aller relevanter Studien

| Autoren, Jahr, Titel | Ziel | Methode/Setting | Ergebnisse zu Gütekriterien | Ein-/Ausschluss |
|--|--|---|---|--|
| Canadian Occupational Performance Measure (COPM) | | | | |
| Baptiste, S.E., Law, M., Pollock, N., Polatajko, H., McColl, M.A. & Carswell-Opzooomer, A. (1993). The Canadian Occupational Performance Measure. | | | | Ausschluss → kein Abstract und kein Volltext vorhanden |
| Bodiam, C. (1999). The Use of the Canadian Occupational Performance Measure for the Assessment of Outcome on a Neurorehabilitation Unit. | Untersuchung der Anwendung des COPM in einem neurologischen Rehabilitationssetting | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 17 Probanden | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Carpenter, L., Baker, G.A. & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program. | Sicherstellen der Validität des COPM als Messinstrument im Liverpool Schmerz Management Programm | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative • 87 Probanden • Vergleich COPM mit BAI, BDI, PSEQ und PVAS • Spearman Korrelation • Setting Neurologie (Schmerzpatienten) • England | <u>Konvergenzvalidität</u> → Korrelation COPM mit standardisierten psychologischen Messinstrumenten -0.3 – 0.6. Höchste Korrelation mit PVAS | Einschluss |
| Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. | Literaturreview zum COPM | | | Ausschluss → Sekundärliteratur (kritisches Review) |
| Chan, Ch.C.H. & Lee, T.M.C. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. | Zusammentragen von Evidenz zur Validität des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • Expertenreview mit 9 Fachpersonen • 39 Probanden • Vergleich Items COPM mit FIM und SPSQ • Pearson Korrelation • Setting Neurologie und Orthopädie (Schlaganfall) | <u>Inhaltsvalidität</u> → Experten sind der Meinung, dass COPM Konstrukt und Prozess Aspekte der Betätigungsperformanz reflektieren (Mittelwert 3.0 auf 5-Punkte-Skala) <u>Konvergenzvalidität</u> → COPM KB-ADL keine signifikante oder schwache Korrelation. Keine signifikante oder schwache Korrelation COPM/SPSQ. COPM/SPSQ social community für Performanz r= 0.39, für Zufriedenheit r= | Einschluss |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Kanada | <p>0.36 <u>Diskriminanzvalidität</u> → Korrelation COPM/FIM nicht signifikant ausser COPM-P/FIM motor subscale $r = 0.32$.</p> | |
| Chatfield, J. & Beckett, D. (2007). The Canadian Occupational Performance Measure: Use in an independent living centre. | Untersuchung der Anwendung des COPM in einem independent living center (ILC) | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 531 Probanden | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Colquhoun, H.L., Letts, L.J., Law, M.C., MacDermid, J.C. & Missiuna, C.A. (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice. | Bestimmen ob die Administration des COPM zusammenhängt mit Veränderungen in den 8 Dimensionen der Ergotherapie | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitative • 24 Ergotherapeuten | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Cup, E.H., Scholte op Reimer, W.J., Thijssen, M.C. & van Kuyk-Minis, M.A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. | Bestimmung der Retest-Reliabilität und Diskriminanzvalidität vom COPM bei Schlaganfallpatienten | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative • 26 Probanden • Vergleich COPM mit BI, FAI, SA-SIP30, EQ-5D und Ranking Scale • Vergleich zwei Messungen COPM • Spearman Korrelation • Setting Neurologie (Schlaganfall) • Niederlande | <p><u>Diskriminanzvalidität</u> → Korrelation COPM/BI -0.225, COPM/FAI -0.115, COPM/SA-SIP30 0.102, COPM/Euroqol 0.143, COPM/Rankin 0.209. 25% oder weniger Übereinstimmung der Probleme mit anderen Assessments</p> <p><u>Retest-Reliabilität</u> → Korrelationskoeffizient für Performanzskala 0.89 ($p < 0.001$) und für Zufriedenheitsskala 0.88 ($p < 0.001$) 56% der Probleme waren übereinstimmend bei zweiter Messung</p> | Einschluss |
| Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I.C., Dekker, J. & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. | Untersuchung der konvergenten und divergenten Validität der niederländischen Version des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Cross-sectional study • quantitativ • 99 Probanden • Vergleich Items COPM mit Items DIP und SIP68 sowie offenen Fragen • Vergleich Probleme COPM mit Items SIP68, DIP und offenen Fragen • Korrelation zwischen | <p><u>Diskriminanzvalidität</u> → kein übereinstimmendes Item für 81 Probleme in DIP oder SIP68. Korrelation SIP68/COPM für Performanzskala -0.20 ($p = 0,05$) und für Zufriedenheitsskala -0.19 ($p = 0,06$). Korrelation zwischen Performanz- und Zufriedenheitsskala COPM -0,21 ($p = 0,04$) und physical dimension SIP68 -0,19 ($p = 0,06$). Nur Korrelation zwischen physical domain des SIP68 und der COPM Performanzskala ist signifikant</p> | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | <p>Performanz- & Zufriedenheitsskala COPM und zwischen der totalen und der physical dimension des SIP68</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spearman Korrelation • Weighted Kappa • Setting verschiedene • Niederlande | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → Von 443 Problemen aus COPM, haben 74% korrespondierende Items im DIP und 49% im SIP68 sowie 63% bei den offenen Fragen 63% korrespondierende Probleme DIP gelten als Störung der Lebensqualität. 74% korrespondierende Probleme SIP68 gelten als Behinderung <u>Praktikabilität</u> → Teilweise Schwierigkeiten beim angeben einer Punktezah für das Problem (Akzeptanz Klient) Zeitaufwand: 30-45 min</p> | |
| Donelly, C. & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. | Literaturreview zu 6 Assessments | | | Ausschluss → Sekundeärliteratur (kritisches Review) |
| Enemark Larson, A. & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. | Evaluation der Praktikabilität des COPM als Eintritts- und Austritts-Messinstrument in einer interdisziplinären geriatrischen Rehabilitationsklinik | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 18 ET und PT • 124 Probanden • Vergleich Ergebnisse bei zwei verschiedenen Therapeuten • Therapeutenbefragung zur Erfahrungen mit COPM • Chi-square-Test • Setting Geriatrie • Dänemark | <p><u>Interrater-Reliabilität</u> → keinen signifikanten Unterschied bei Ergo- und Physiotherapeuten: in der Datensammlung ($\chi^2=0.002$, $p=0.962$), in der Einteilung der Performanzprobleme ($\chi^2=0.464$, $p=0.793$) und beim Vergleich der Ergebnissen nach zweiter Messung ($\chi^2=0.453$, $p=0.501$) <u>Praktikabilität</u> → Therapeuten empfinden COPM als unterstützend im Planungsprozess der Therapie. Ermöglicht eine klientenzentrierte, betätigungsfokussierte Sicht. Schwierigkeiten mit dem Punkteverteilungssystem. Die Meisten würden es weiter verwenden (Akzeptanz Therapeut)</p> | Einschluss |
| Eyssen, I.C.J.M., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M. & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. | Evaluation der Reproduzierbarkeit (retest und interrater Reliabilität) des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 95 Probanden • Vergleich Ergebnisse zwei verschiedene Therapeuten • Vergleich zwei Messungen mit COPM • Weighted Kappa • Bland & Altman • ICC • Setting verschiedene • Niederlande | <p><u>Retest-Reliabilität</u> → ICC für durchschnittliche Performanz 0,67 und für durchschnittliche Zufriedenheit 0,69 <u>Interrater-Reliabilität</u> → 66% Übereinstimmung priorisierte Aktivitäten. Limit der Übereinstimmung in der Performanz -2,5 bis 2,4 und für Zufriedenheit -2,3 bis 2,7. Weighted kappa von separat priorisierten Probleme liegt für Performanzskala zwischen 0,37-0,49 und für Zufriedenheitsskala zwischen 0,38-0,49</p> | Einschluss |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <p>Eyssen, I.C.J.M., Steultjens, M.P.M., Oud, T.A.M., Bolt, E.M., Maasdam, A. & Dekker, J. (2011). Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure.</p> | <p>Evaluation der Reaktionsfreudigkeit des COPM (niederländische Version)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Übersetzung ins Schwedische • 21 ET • 108 Probanden • Vergleich COPM mit SIP68, DIP und IPA • ROC Methode • Cohen's Kappa • Setting verschiedene • Niederlande | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → Korrelation COPM mit SIP68, DIP und IPA liegt zwischen 0,21 und 0,44 <u>Diagnostische Validität</u> → AUC für COPM liegt zwischen 0,79 und 0,85. Cut-off Wert zwischen 0,9 und 1,9 <u>Praktikabilität</u> → Ziel COPM für Klienten klar, 25.9 % fanden Punkteverteilung bei 1. Messung einfach, 46.4% bei der 2. Messung (Akzeptanz Klient)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Fisher, S. (2005). The Canadian Occupational Performance Measure: Does it Address the Cultural Occupations of Ethnic Minorities?</p> | <p>Evaluation der kulturellen Sensitivität des COPM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Non-experimental survey design • 25 ET beantworteten Fragen per Mail | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Flotho, W. (2003). The Canadian Model of Human Occupation (CMOP) and it's Assessment Instrument (COPM). Das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz und sein Assessmentinstrument COPM.</p> | <p>Beschreibung der praktischen Anwendung des CMOP und COPM im psychiatrischen Setting</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Gehört zu einer Serie von Artikeln zur Anwendung CMOP und COPM | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Fuller, K. (2011). The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice</p> | <p>Erarbeitung kritisches Review zur Auswahl passender Messinstrumente der Betätigungsperformanz im psychiatrischen Setting</p> | | | <p>Ausschluss → Sekundärliteratur (kritisches Review9</p> |
| <p>Gustafsson, L., Mitchell, G., Fleming, J. & Price, G. (2012). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation.</p> | <p>Untersuchung des Zielsetzungsprozesses und der Praktikabilität des COPM aus der Perspektive von Ergotherapeuten aus einer SIU (spinal injury unit)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 24 ET in Fokusgruppen • Analysieren von Erfahrungen mit COPM und Zielsetzungsprozess • Setting spinal injury unit (Rückemarks- bzw Wirbelsäulenverletzung) • England | <p><u>Praktikabilität</u> → fehlende standortbezogene Leitlinien. keine Rahmenbedingungen beim COPM führt ev dazu, dass Therapeuten es nicht anwenden (Vorbereitungen) Um COPM therapeutisch optimal einzusetzen sind gute Fähigkeiten in Kommunikation, Interview und Zielsetzung nötig. Probleme müssen heruntergebrochen werden können in objektive, messbare und realistische Ziele. (Vorbereitungen)</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p>Harper, K., Stalker, C.A. & Templeton, G. (2006). The Use and Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a Posttraumatic Stress Program.</p> | <p>Praktikabilität einer adaptierten Version des COPM für Gruppen bei Erwachsenen mit Hintergrund von Kindesmissbrauch (physisch, sexuell, emotional)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 177 Probanden • Vergleich COPM mit GSI, MPSS-SR und TSIB-L • Pearson Korrelation • Setting Psychiatrie • Kanada | <p>Klienten setzen Ziele, die im Rahmen der Institution nicht umsetzbar sind. COPM wurde im multidisziplinären Team geschätzt, da Zielsetzung ein Teil des Organisationsreglements ist. (Akzeptanz) COPM ist klientenzentriert. Rechenschaft möglich gegenüber Klient und interprofessionellem Team. Spiegelt Rolle der Ergotherapie.</p> <p><u>Konvergenzvalidität</u> → signifikante Korrelation COPM mit standardisierten Assessments. COPM/GSI zwischen -0.31 bis -0.58, COPM/MPSS-SR zwischen -0.31 bis -0.48, COPM/TSIB-L zwischen -0.32 bis -0.58</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Jansa, J., Sicher, Z., Angleitne, K. & Law, M. (2004). The Use of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in Clients with an Acute Stroke.</p> | <p>Einführung eines klientenzentrierten Ansatzes mit Klienten nach akutem Schlaganfall (Einsatz COPM)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 80 Probanden • Vergleich Ergebnisse für Veränderungen • Analyse Austrittssetting, Therapiedauer | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Jenkinson, N., Ownsworth, T. & Shum, D. (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation.</p> | <p>Bestimmung der Stabilität und Sensitivität des COPM für ambulante Klienten mit ABI (acquired brain injury)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 34 Probanden + Angehörige • Untersuchung Stabilität COPM • Pearson Korrelation • Setting Neurologie • Australien | <p><u>Retest Reliabilität</u> → Korrelation Messungen der Patienten (r=0.53-0.67) und der Angehörigen (0.75-0.86)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Johnson Stuber, Ch. & Nelson, D.L. (2010). Convergent Validity of Three Occupational Self-Assessments.</p> | <p>Untersuchung der Konvergenzvalidität von drei Assessments (COPM, OSA, SIGA)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 30 Probanden • Vergleich COPM mit OSA, SIGA • Pearson Korrelation • Setting verschiedene • USA | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → Korrelation COPM-P/OSA (r=0.51, P=0.004), COPM-P/SIGA (r=0.58, p<0.001). COPM-S/OSA r=0.54, COPM-S/SIGA r=0.62 Höchste Korrelation COPM-P/SIGA self identified goals (0.76, p<0.0001) <u>Praktikabilität</u> → durchschnittlicher Zeitaufwand für COPM 18.8min</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p>Kaiser, M-L. & Braun, M. (2005). Evaluer les effets du traitement en ergothérapie: Utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel Evaluating the effects of the Occupational Therapy treatment: Utilisation of the Canadian Occupational Performance Measure.</p> | <p>Evaluation der Nützlichkeit des Assessments (COPM) zur Bestimmung von Auswirkungen der Therapie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Basierend auf grösserer Studie | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Kaiser, M-L., Braun, M. & Rhyner, Ch. (2005). Utilization of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) among children and their parents: a Swiss experience</p> | <p>Untersuchung der Anwendung des COPM bei Kindern und deren Eltern im französischsprachigen Teil der Schweiz</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 18 ET • 33Kinder + Eltern • Vergleich Ergebnisse vor und nach Intervention | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Kirsh, B. & Cockburn, L. (2009). The Canadian Occupational Performance Measure: A Tool for Recovery-Based Practice.</p> | <p>Untersuchung des COPM als potenzielles Tool zur Anwendung in psychiatrischer Rehabilitation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Methodenteil | | <p>Ausschluss → Fachartikel</p> |
| <p>Kjeken, I., Dagfinrud. H., Uhlig, T., Mowinckel, P., Kvien, TK. & Finset, A. (2005). Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis.</p> | <p>Prüfen der Retest Reliabilität der norwegischen Version des COPM bezogen auf Klienten die an der Bechterew-Krankheit leiden</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Teil einer grösseren Studie • 119 Probanden • Vergleich 2 Messungen mit COPM • 3 Gruppen für rescoring (Interview, Mail, Telefon) • Bland & Altman • ICC • Pearson Korrelation • Setting Rheumatologie (Bechterew) • Norwegen | <p><u>Retest-Reliabilität</u> → ICC für Performanz 0.92 und für Zufriedenheit 0.93 (persönliches Interview). ICC 0.73 und 0.73 (telefonisches Interview). ICC 0.90 und 0.90 (Mail) <u>Praktikabilität</u> → ein Drittel der Klienten empfanden die Punkteverteilung als schwierig</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Kjeken, I., Slatkowsky-Christensen, B., Kvien, T.K. & Uhlig, T. (2004). Norwegian Version of the Canadian Occupational Performance Measure in Patients With Hand Osteoarthritis: Validity, Responsiveness, and Feasibility.</p> | <p>Beurteilung der Validität, Reaktionsfreudigkeit und Ausführbarkeit der norwegischen Version des COPM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • Teil einer grösseren Studie • 79 Probanden • Pearson Korrelation • Fragen zur Praktikabilität • Setting Orthopädie (Arthrose) | <p><u>Inhaltsvalidität</u> → COPM identifiziert eine grosse Bandbreite von Problemen der Betätigungsperformanz <u>Kriteriumsvalidität</u> → 72% Überschneidung Probleme COPM mit Ergebnissen AIMS2. Korrelation für Performanz und Zufriedenheit bei COPM/disease activity -0.31 und -0.31 <u>Diskriminanzvalidität</u> →. Korrelation bei COPM-</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Norwegen | <p>P und S/MHAQ -0.21 und -0.28, bei COPM/AUSCAN -0.23 und -0.26, bei COPM/WOMAC -0.16 und -0.24</p> <p><u>Praktikabilität</u> → durchschnittlicher Zeitaufwand 30min (Zeit). Klienten konnten den Fragen gut folgen, 37% gaben Schwierigkeiten bei der Punkteverteilung an (Akzeptanz Klient) COPM unterstützt Zielsetzungs-, Planungs- und Interventionsprozess (Akzeptanz Therapeut)</p> | |
| <p>Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy.</p> | <p>Beschreibung der Entwicklung des COPM und Informationen zur Anwendung</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Pilot testing des COPM • 20 Probanden • Interviews mit Therapeuten • Setting verschiedene • Kanada | <p><u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand 20-40min (Zeit). Wahre Prioritäten der Klienten können aufgedeckt werden (klientenzentriert) unterscheiden sich von denen der Therapeuten. Guter Einblick in Möglichkeiten und Grenzen der Betätigungsperformanz des Individuums (Akzeptanz Therapeut). Beziehungsaufbau vor Durchführung gut. (Vorbereitung)</p> | <p>Ausschluss → keine Primärstudie</p> |
| <p>Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M.A., Carswell, A. & Baptiste, S. (1994). Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and measurement issues.</p> | <p>Untersuchung der Anwendung des COPM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 268 Probanden (internat) • Entwicklung und Test COPM in 3 Phasen • Fragen zur Praktikabilität • Setting verschiedene • Kanada | <p><u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand durchschnittlich 40 min (Zeit). 83.6% fanden Instruktionen und Leitfaden für das COPM hilfreich, 5% fand das nicht. 58.2% der Klienten fanden Resultate relevant für die Intervention, 23,6% fanden das nicht. (Akzeptanz Klient). Bedarf eines effektiven Interview Stiles der komfortabel für Therapeut und Klient ist. Klient erklären was Ziel COPM ist und was Betätigungsperformanz bedeutet, damit eine kooperative Zusammenarbeit möglich ist – Verständnis des Klienten fördern. Timing des Assessments basierend auf Fähigkeit des Klienten zur Einsicht und Identifikation eigener Probleme. (Vorbereitung)</p> <p>Nicht durchführbar bei Klienten mit kognitiven Einschränkungen. COPM Nützlich als Rahmen für die klientenzentrierte Therapie. (Akzeptanz Therapeut)</p> <p>Schwierigkeiten eigene Probleme zu definieren – Therapeut ist der Experte. Besseres Verständnis für die Ergotherapie. (Akzeptanz Klient)</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Marom, B. & Bar-Haim Erez, A (2011). The Use of the COPM as an Outcome Measure in a Hand Therapy Clinic. | Untersuchung der Anwendung des COPM in einer israelischen Handklinik | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 86 Aufnahmen von Pat • Evaluation Ergebnisse in Bezug auf Performanz-einschränkungen | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| McColl, M.A., Law, M., Baptiste, S., Pollock, N., Carswell, A. & Polatajko, H.J. (2005). Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. | Untersuchung der Aspekte der Anwendung des COPM in klinischen und nicht-klinischen Situationen | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Methodenteil | | Ausschluss → Fachartikel |
| McColl, M.A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L. & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. | Untersuchung der Validität und Praktikabilität des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • Cross-sectional design • 61 Probanden • Beziehung Performanz COPM mit 3 Variablen (Zufriedenheit mit Performanz (SPSQ), unabhängig leben (RNL), Lebenszufriedenheit (LSS)) • Multivariananalyse • Vergleich Probleme COPM mit spontan angegebenen Problemen • Setting verschiedene • Kanada | <p><u>Konstruktvalidität</u> → COPM Zufriedenheitsskala und Performanzskala mit SPSQ $r = 0.17$ & 0.39, $p < 0.05$. mit RNL, $r = 0.38$, $p < 0.01$ & 0.22, $p < 0.05$. mit LSS, $r = 0.46$, $p < 0.01$ & 0.21, $p < 0.05$</p> <p>Das heisst: signifikanter Zusammenhang zwischen COPM und folgenden theoretischen Konstrukten: Performanz und Zufriedenheit, unabhängig Leben und Lebenszufriedenheit</p> <p><u>Kriteriumsvalidität</u> → Probleme aus COPM vergleichbar mit spontan genannten Problemen (PPCL). Total jedoch nur 24% der Probleme aus COPM und 21% aus PPCL übereinstimmend</p> <p><u>Praktikabilität</u> → 75% der Klienten finden COPM hilfreich zur Identifikation von Problemen. 75% hatten keine Schwierigkeiten mit der Punkteskala. 100% konnten den Instruktionen folgen (Akzeptanz Klient). Zeitaufwand durchschnittlich 46min (Zeit).</p> | Einschluss |
| McNulty, M.C. & Beplat, A.L. (2008). The Validity of Using the Canadian Occupational Performance Measure with Older Adults with and without Depressive Symptoms. | Evaluation der Validität des COPM bei älteren Menschen mit depressiven Symptomen | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • Retrospective comparative study • 20 Probanden | | Ausschluss → misst in erster Linie Effektivität des COPM |
| Nieuwenhuizen, M.G., de Groot, S., Janssen, T.W., van der Maas, L.C. & Beckerman, H. (2014). Canadian Occupational Performance Measure | Ermittlung der Konstruktvalidität und der Reaktionsfreudigkeit der Performanzskala des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 87 Probanden • Vergleich COPM mit PDI | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → keine signifikante Korrelation COPM-P/PEDI $r = -0.26$, COPM-P/RAND-36, $r = -0.007-0.248$</p> | Einschluss |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain | | <ul style="list-style-type: none"> und RAND-36 • Spearman Korrelation • Setting (chronische Schmerzpatienten) • Niederlande | | |
| Norris, A. (1999). A pilot study of an outcome measure in palliative care. | Beurteilung der Effektivität des COPM in der Palliativversorgung | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 20 Probanden • Vergleich vor und nach Intervention | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Padankatti, S.M., Macaden, A.S., Cherian, S.M., Thirumugam, M., Pazani, D., Kalaiselvan, M., John, J.A., Subbian, E., Prakash, H., Poonnoose, P.M., Kavitha, M.L., Devadarasini, M., Viswabandya, A., Mathews, V. & Srivastava, A. (2011). A patient-prioritized ability assessment in haemophilia: the Canadian Occupational Performance Measure. | Untersuchung der Nutzbarkeit des COPM zur Evaluation des muskuloskelettalen Funktionsstatus | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 67 Probanden | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Pan, A.W., Chung, L. & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. | Prüfen der Reliabilität und Validität des COPM bei Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in Taiwan | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 141 Probanden • Vergleich 2 Messungen • ICC • Setting Psychiatrie (Schizophrenie) • Taiwan | <u>Retest-Reliabilität</u> → ICC COPM-P 0.842, $p < 0.05$, COPM-S 0.847, $p < 0.05$ <u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand durchschnittlich 23.6min (Zeit). Schwierigkeit der Durchführung auf einer 7-Punkte Skala (7=einfach) war 3.8. 50% der Therapeuten würden COPM in Zukunft einsetzen. (Akzeptanz Therapeut) | Einschluss |
| Pollock, N. (1993). Client-Centered Assessment. | Beschreibung der Entwicklung einer Methodologie des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Methodenteil | | Ausschluss → Fachartikel |
| Reinhartz, S. (2002). Anwendung des COPM in einer deutschen psychiatrischen Klinik (Use of the COPM in a German Mental Health Facility). | Entwicklung eines Empfehlungssystems für betätigungsbasierte Therapieziele mithilfe des COPM's in einer deutschen psychiatrischen Klinik | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 11 Probanden • Entwicklung Empfehlungssystem auf Basis der Ergebnisse | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J. & | Evaluation der Konstruktvalidität | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ | <u>Inhaltsvalidität</u> → Augenscheinvalidität COPM | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>Tate, R.B. (2001). A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire.</p> | <p>durch Vergleich des COPM (Performanzskala) mit dem HAQ (Skala auf disability index)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Studie Teil einer grösseren Forschung • 13 Probanden • Pearson Korrelation • Setting Orthopädie (rheumatoide Arthritis) • Kanada | <p>höher als HAQ <u>Konvergenzvalidität</u> → keine signifikante Korrelation COPM/HAQ disability index $r=-0.37$, $p=0.22$. signifikante Korrelation COPM-P/HAQ components $r=-0.52$, $p<0.01$. COPM-P/HAQ activities $r=-0.67$, $p<0.1$ <u>Übereinstimmungsvalidität</u> → 50 von 64 Problemen einzuordnen in HAQ Items</p> | |
| <p>Rochmann, D.L., Ray, S.A., Kulich, R.J., Metha, N.R. & Driscoll, S. (2008). Validity and Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Outcome Measure in a Craniofacial Pain Center.</p> | <p>Beurteilung der Validität und Praktikabilität des COPM bei Patienten mit chronischen orofaszialen Schmerzen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 29 Probanden • Vergleich COPM mit PDI und GVAS (Einschränkung, Schmerzintensität) • Pearson Korrelation • Setting kraniofasziales Schmerzzentrum • USA | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → COPM-S/PEDI $r=-0.41$, $p<0.05$ & $r=-0.79$, $p<0.0001$. COPM-P/PEDI $r=-0.62$, $p<0.05$ & $r=-0.75$, $p<0.0001$. COPM-S/GVAS $r=-0.28$, $p>0.05$ & $r=-0.39$, $p<0.05$. COPM-P/GVAS $r=-0.41$, $p<0.05$ & $r=-0.42$, $p<0.05$ <u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand 20-40min (Zeit). Probanden fanden COPM hilfreich und die Punkteverteilung einfach (Akzeptanz Klient).</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Rouleau, S., Dion, K. & Korner-Bitensky, N. (2015). Assessment practices of Canadian occupational therapists working with adults with mental disorders</p> | <p>Untersuchung der Anwendung von Assessments durch Ergotherapeuten bei Klienten mit Symptomen der Schizophrenie oder schweren Depressionen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Nationale Umfrage zu Assessments • Auf Basis 343 Fallvignetten von 286 Auskunftgebenden | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Sewell, L & Singh, S.J. (2001). The Canadian Occupational Performance Measure: is it a Reliable Measure in Clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease?</p> | <p>Prüfen der Reproduzierbarkeit des COPM bei Klienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Prospective study (Teil einer grossen RCT Studie) • 15 Probanden • Vergleich 2 Messungen • Bland & Altman • Pearson Korrelation • ICC • Setting Pneumologie (chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD) • England | <p><u>Retest-Reliabilität</u> → ICC Performanz $r=0.92$, $p<0.001$, Zufriedenheit $r=0.90$, $p<0.001$</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Simmons, D.C., Crepeau, E.B. & White, B.P. (2000). The Predictive Power of Narrative Data in Occupational Therapy Evaluation.</p> | <p>Prüfen ob der Einsatz des COPM (zusätzlich zu anderen Assessments) in einer subakuten Pflegeeinrichtung die Genauigkeit</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Prospective comparison design | | <p>Ausschluss → Vergleich nicht mit COPM alleine sondern Daten zu</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|------------------------|
| | der von Therapeuten gemachten Prognosen des funktionellen Status der Klienten zum Zeitpunkt des Austritts verbessert | | | Kombi aus COPM und FIM |
| Spadaro, A., Lubrano, E., Massimiani, M.P., Gaia, P., Perrotta, F.M., Parsons, W., Ferrara, N. & Valesini G. (2010). Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis. | Entwicklung einer italienischen Version des COPM für Patienten die an Spondylitis ankylosans (AS) leiden und Untersuchung der Gütekriterien des Assessments | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 30 Probanden • Vergleich COPM mit BASDAI, BASFI, BASMI, HAQ • Befragungen • Cronbachs Alpha • Bland & Altman • Spearman Korrelation • Setting Rheumatologie (Bechterew) • Italien | <p><u>Konstruktvalidität</u> → COPM/BASDAI Performanz $r = -0.491$, $p < 0.01$, Zufriedenheit $r = -0.566$, $p < 0.01$.</p> <p><u>Konvergenzvalidität</u> → COPM-P/BASDAI $r = -0.491$, $p < 0.01$, COPM-S/BASDAI $r = -0.431$, $p < 0.01$. COPM-P/BASFI $r = -0.566$, $p = 0.001$, COPM-S/BASFI $r = -0.611$, $p = 0.001$. keine signifikante Korrelation mit BASMI und HAQ</p> <p><u>Interne Konsistenz</u> → Alpha Koeffizient = 0.774</p> <p><u>Retest-Reliabilität</u> → ICC Performanz $r = 0,77$, Zufriedenheit $r = 0,79$</p> <p><u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand durchschnittlich 30min (Zeit). Klienten fanden Fragebogen gut verständlich. Ermöglichte persönliche Probleme aus dem Alltag anzubringen und vereinfacht den Therapieprozess. Schwierigkeiten mit Punkteverteilung (Akzeptanz Klient)</p> | Einschluss |
| Toomey, M., Nicholson, D. & Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure | Evaluation der Praktikabilität des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 19 ET • Fokusgruppen • Setting Geriatrie (Home Care Programm) • Kanada | <p><u>Praktikabilität</u> → Einsatz des COPM bei Klienten hängt von deren Bereitschaft Verantwortung für den Therapieprozess zu übernehmen und ihrer Entscheidungsfähigkeit ab (Einsicht, kognitive Fähigkeiten, emotionaler Zustand). Punkteverteilung schwierig für gewisse Klienten. Klienten empfanden COPM hilfreich, um Probleme zu identifizieren, Prioritäten und realistische Ziele zu setzen. Die Therapie wurde dadurch bedeutsamer für die Klienten. Viele äusserten jedoch auch Frustration bezüglich der Forderung selbst Probleme zu identifizieren und diese zu bewerten. (Akzeptanz Klient)</p> <p>COPM unterstützt den holistischen Behandlungsansatz und die Identifikation bedeutungsvoller Ziele für den Klient. Es spiegelt den klientenzentrierten Ansatz wieder. Das COPM hilft ergotherapeutische Rolle</p> | Einschluss |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | | | <p>gegenüber sich selbst, dem Klient und dem interprofessionellen Team zu verdeutlichen. Die Therapeuten äusserten Schwierigkeiten mit der Anwendung des halbstrukturierten Ansatz (limitierte Kreativität) und Ambivalenz mit der Klientenzentriertheit und ihrer Expertise . (Akzeptanz Therapeut)</p> <p>Therapeuten gaben an, dass das COPM im Hinblick auf Zeitdruck in der Institution eher zeitaufwändig ist (ca 1h). Durch fokussieren der Klienten auf wichtige Probleme kann jedoch wieder Zeit in der Behandlung eingespart werden. (Zeit)</p> | |
| <p>van de Ven-Stevens, L.A., Graf, f.M.J., Peters, M.A., van der Linde, H., Geurts, A.C. (2015). Construct Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in Participants With Tendon Injury and Dupuytren Disease.</p> | <p>Beurteilung der Konstruktvalidität des COPM in Relation zum DASH und zum MHQ bei Patienten mit Krankheiten/Verletzungen der Hand</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 113 Probanden • Vergleich COPM mit DASH und MHQ • Vergleich mit Messinstrumenten für Einschränkungen der Hand • Pearson Korrelation • Setting Orthopädie (Beeinträchtigungen Hand) • Niederlande | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → COPM-P/DASH $r = -0.447$, COPM-S/DASH $r = -0.579$. COPM-P/MHQ $r = 0.419$, COPM-S $r = 0.593$ (bei allen $p < 0.01$)</p> <p><u>Diskriminanzvalidität</u> → alle Korrelationen mit COPM $r < 0.403$</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Van Huet, H. & Williams, D. (2007). Self-Beliefs About Pain and Occupational Performance: A Comparison of Two Measures Used in a Pain Management Program.</p> | <p>Untersuchung der Beziehung zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung zu den Schmerzen, der Betätigungsperformanz und der Zufriedenheit bei Klienten mit chronischen Schmerzen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Teil einer weiterführenden Forschung • 64 Probanden • Vergleich COPM und PSEQ | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Verkerk, G.J., Wolf, M.J., Louwers, A.M., Meester-Delver, A. & Nollet, F. (2006). The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities.</p> | <p>Untersuchung der Reproduzierbarkeit (inter-rater agreement) der Konstrukt- und der Kriteriumsvalidität des COPM bei Eltern von beeinträchtigten Kindern</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 129 Probanden • Vergleich Probleme von 2 Messungen • Vergleich mit COPM mit PEDI-NL, TAPQOL/TACQOL und | <p><u>Konstruktvalidität</u> → 50% Probleme COPM überlappend mit Items PEDI-NL. 39% Probleme COPM überlappend mit Items TAPQOL</p> <p><u>Kriteriumsvalidität</u> → 71% der Probleme aus offenen Fragen übereinstimmend mit Problemen aus COPM</p> <p><u>Retest-Reliabilität</u> → 80% Probleme COPM</p> | <p>Ausschluss → Studie aus dem Bereich Pädiatrie</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> offene Fragen⁴ Bland & Altman Setting Pädiatrie (Eltern beeinträchtigter Kinder) Niederlande | <p>übereinstimmend mit 2. Messung. Limit of agreement COPM-P -2.4 bis 2.3, COPM-S -2.3 bis 2.6</p> <p><u>Praktikabilität</u> → 92% der Eltern fühlten sich komfortabel mit dem COPM. 72% fanden es nützlich. keine negativen Reaktionen der Eltern (Akzeptanz Klient)</p> | |
| Warren, A. (2002). An Evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in Mental Health Practice. | Entwicklung einer ergotherapeutischen Assessment Form basierend auf dem COPM und Evaluation dessen Effektivität in der Praxis | <ul style="list-style-type: none"> Qualitativ 7 ET Reflexion zur Anwendung COPM Entwicklung neuer Assessmentform | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Wressle, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2003). The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. | Prüfen der Brauchbarkeit des COPM in einem Tagesprogramm für Klienten mit rheumatoider Arthritis | <ul style="list-style-type: none"> Qualitativ und quantitativ 16 Probanden Vergleich Ergebnisse vor und nach Intervention Interviews | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Wressle, E., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure - Swedish version. | Untersuchung der Praktikabilität der schwedischen Version des COPM aus der Perspektive von Ergotherapeuten. | <ul style="list-style-type: none"> Qualitativ 24 ET 6 Fokusgruppen Constant comparative method Setting verschiedene Schweden | <p><u>Praktikabilität</u> →</p> <p>COPM ist klientenzentriert und unterstützend für Zielsetzungs- und Planungsprozess. Nicht geeignet im Akutsetting und bei Klienten mit Beeinträchtigungen der Kommunikation oder des Hörens. COPM erfasst Problemen in unterschiedlichen Bereichen und bei verschiedenen Krankheitsbildern. Teilweise Schwierigkeiten bei der Punktevergabe aufgrund folgender Hypothesen: fehlendes Verständnis, drei Mal Punkte angeben ist zu viel, ältere Klienten kennen System der Punktevergabe nicht und geben Verantwortung an Therapeuten ab. Ermutigt Therapeuten in ihrer Rolle. 78% würden es weiter nutzen. (Akzeptanz)</p> <p>Wissen über Messinstrument und theoretischen Hintergrund nötig für korrekte Durchführung. Klient vorher aufklären, damit er sich vorbereiten kann. Genug Zeit einplanen</p> | Einschluss |

| | | | (Vorbereitung) | |
|--|---|--|---|--|
| Wressle, E., Samuelsson, K. & Henriksson, Ch. (1999). Responsiveness of the Swedish Version of the Canadian Occupational Performance Measure. | Untersuchen der Reaktionsfreudigkeit der schwedischen Version des COPM | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 108 Probanden • 21 ET • Veränderung vor und nach Intervention | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Role Checklist (RC) | | | | |
| Avrech Bar, M., Rubin, V., Gavriael-Tyichman, G. & Jarus, T. (2013). The validity and reliability of the modified version of the Role Checklist. | Untersuchen der Diskriminanzvalidität und der Retest-Reliabilität der M-RC | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 30 Probanden • Vergleich RC und MRC • Vergleich 2 Messungen • Cohens Kappa • ICC • Pearson Korrelation • Setting erwachsene Frauen (Mütter vs Nicht-Mütter, mittlerer Klasse) • Israel | <u>Konstruktvalidität</u> → RC/M-RC Vergangenheit $r=0.923$, $p=0.001$, Gegenwart $r=0.1$, $p=0.001$, Zukunft $r=0.841$, $p=0.001$ <u>Diskriminanzvalidität</u> → Mütter durchschnittlich Verlust von 1.73 Rollen im Vergleich zu kinderlosen Frauen 0.5 Rollen (signifikanter Unterschied) <u>Retest-Reliabilität</u> → für alle Rollen, Vergangenheit zwischen 0.268-0.709, für Gegenwart zwischen 0.248-0.629, für Zukunft zwischen 0.336-0.648 ICC M-RC role number Vergangenheit 0.93, Gegenwart 0.98, Zukunft 0.86 ($p<0.01$). ICC M-RC role load Vergangenheit 0.63, Gegenwart 0.78, Zukunft 0.49 ($p<0.01$) | Einschluss |
| Bonsaksen, T. & Meidert, U. (2015). Does the Role Checklist Measure Occupational Participation? | Evaluation ob die RC die im MOHO Modell beschriebene occupational participation misst. | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • 293 Probanden • Einteilung in ET Kategorien • Forschungsgruppe • Setting verschiedene (international – CH, US, SE, JP, NO, UK) • | <u>Inhaltsvalidität</u> → 33% eingeteilt in occupational participation (4 Rollen) und 65% in occupational performance (4 Rollen). 2 Rollen sind eine Mischung aus den beiden Konzepten | Einschluss |
| Colón, H. & Haertlein, C. (2002). Spanish translation of the role checklist. | Entwicklung einer validen und reliablen spanischen Version der RC sowie Darstellung des Nutzen von Übersetzungsmethoden | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 14 Probanden • Entwicklung in mehrere Schritten • Diskussion Experten | <u>Inhaltsvalidität</u> → hohe Korrelation der englischen und spanischen Version der RC <u>Retest Reliabilität</u> → intralinguale Korrelation Teil I 0.907, Teil II 0.798 | Einschluss |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich RC englisch – spanisch • Cohen's Kappa • Setting zweisprachige Probanden (Studenten) • Spanien | | |
| Cordeiro, J.R., Camelier, A., Oakley, F. & Jardim J.R. (2007). Cross-Cultural Reproducibility of the Brazilian Portuguese Version of the Role Checklist for Persons With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. | Evaluation der interkulturellen Reproduzierbarkeit/Vergleichbarkeit und der Retest-Reliabilität der brasilianischen Version der RC | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • Entwicklung in mehreren Stufen • 25 Probanden • Vergleich Assessments • Cohen's Kappa • Pearson Korrelation • Setting Pneumologie (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) • Brasilien | <u>Konstruktvalidität</u> → hohe Übereinstimmung englische und spanische Version in allen Rollen (für beide Teile zw 52-100%, durchschnitt 84%) <u>Retest-Reliabilität</u> → intralinguale Korrelation Teil I 0.907, Teil II 0.798 | Einschluss |
| Gillard, M. & Segal, M. (2002). Social roles and subjective well-being in a population of non-disabled older adults. | Evaluation des Zusammenhangs sozialer Rollen (gemessen mit CHART und COPM) und Lebenszufriedenheit | <ul style="list-style-type: none"> • Unkontrolliertes, willkürliches Sampling • 52 Probanden • Vergleich Assessment (soziale Rollen) mit Lebenszufriedenheit (LF Index-A) • Setting community (nicht-beeinträchtigte TN) • USA | <u>Konstruktvalidität</u> → Korrelation soziale Rollen, gewichtet durch subjektive Bedeutung, mit Lebenszufriedenheit $r=0.24$, $p<0.05$ | Einschluss |
| Hachey, R., Boyer, G. & Mercier, C. (2001). Perceived and valued roles of adults with severe mental health problems. | Analyse zweier Studien, welche die RC genutzt haben. Interpretation der Resultate im Bezug auf Rollenwahrnehmung und Rollenmuster | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ • Datensammlung von zwei Studien • 48 Probanden | | Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden |
| Hachey, R., Jumoorty, J., & Mercier, C. (1995). Methodology for validating the translation of test measurements applied to occupational therapy. | Beschreibung der Methode zur Validierung der auf Französisch übersetzten Version der RC | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 16 Probanden • Setting mental health • Kanada | <u>Konstruktvalidität</u> → moderate interlinguale Korrelation (englische und französische Version RC) <u>Retest-Reliabilität</u> → moderate interlinguale und intralinguale Korrelation | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p>Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R. & Reichler, R.K. (1986). The Role Checklist: development and empirical assessment of reliability.</p> | <p>Beschreibung der Entwicklung der RC und das Testen der Reliabilität des Assessments</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 124 Probanden • Vergleich 2 Messungen • Cohen's Kappa • Setting community (nicht-beeinträchtigt) • USA? | <p><u>Inhaltsvalidität</u> → konnte bestätigt werden <u>Retest-Reliabilität</u> → moderate bis hohe Übereinstimmung für Teil I und Teil II</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Sepiol, J.M. & Froehlich, J. (1990). Use of the Role Checklist With the Patient With Multiple Personality Disorder</p> | <p>Überprüfen der Anwendbarkeit der RC bei Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung (dissoziative Identitätsstörung)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Erklärung an einem Fallbeispiel | | <p>Ausschluss → Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden</p> |
| <p>Occupational Gaps Questionnaire (OGQ)</p> | | | | |
| <p>Eriksson, G., Kottorp, A., Borg, J. & Tham, K. (2009). Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury.</p> | <p>Erforschung der Beziehung zwischen occupational gaps, depressiver Stimmung und Lebenszufriedenheit bei Personen mit erworbener Hirnschädigung während den letzten 1-4 Jahren sowie des OGQ's</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 116 Probanden • Vergleich Ergebnisse OGQ mit Lebenszufriedenheit (LiSat-11) und depressiver Stimmung (HADS) • Rasch Analyse • Principle component analysis • Spearman Korrelation • Setting Neurologie (erworbene Hirnschädigung od Subrachnoidalblutung) • Schweden | <p><u>Konstruktvalidität</u> → alle 28 Items und alle 116 Probanden haben gute Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. (internal scale validity). OGQ durchschnitt -1.64 logits (-3.63 bis 2.08) OGQ hat unidimensionales Konstrukt. Erklärung Varianz erreichte nicht vollständig den Grad der Akzeptanz (56%) zusätzliche Faktoren erklären jedoch nicht mehr als 5% der Varianz Korrelation OGQ und Lebenszufriedenheit $r=0.63$, $p<0.001$ <u>Retest-Reliabilität</u> → person reliability index 0.77 Person separation index 1.82 (Sensitivität)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Eriksson, G., Kottorp, A. & Tham, K. (o.J.) Development and validation of Occupational Gaps Questionnaire - an assessment measuring participation in everyday occupations.</p> | <p>Beschreibung der Entwicklung und Validation des OGQ</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 825 Probanden • 201 Probanden • 85 Probanden • Rasch Analyse • Setting Neurologie (Schlaganfall, Belastungsstörungen, Gehirn- | <p><u>Konstruktvalidität</u> → gute internal scale und people response validity in Rasch Analyse. <u>Reliabilität</u> → Personen-Reproduzierbarkeit</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|------------|
| | | erschütterung) • Schweden | | |
| Eriksson, G., Tham, K. & Kottorp, A. (2013). A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: The Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). | Validierung des OGQ's bei Patienten mit Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Belastungsstörungen, Gehirnerschütterung. | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 601 Probanden • Rasch Analyse • Pearson Korrelation • Setting Neurologie (erworbene Hirnschädigung, Schlaganfall, Belastungsstörungen, Gehirnerschütterung) • Schweden | <u>Konstruktvalidität</u> → gute internal scale validity. Alle 28 Items akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. gute people response validity. 600 von 601 Teilnehmer zeigen akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. Logits 4.8 bis -2.46 Erklärung Varianz erreichte nicht vollständig den Grad der Akzeptanz (45,9%) <u>Reliabilität</u> → person reliability index 0.74 person separation index 1.68. (Sensitivität) | Einschluss |
| Fallahpour, M., Tham, K., Taghi Joghataei, M., Eriksson, G. & Jonsson, H. (2011). Occupational Gaps in Everyday Life After Stroke and the Relation to Functioning and Perceived Life Satisfaction. | Psychometrische Evaluation der persischen Version des OGQ und dessen Bezug zu Aspekten der Funktion und der Lebenszufriedenheit | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 102 Probanden • Vergleich OGQ-P mit Lebenszufriedenheit (LiSat-11) und depressiver Stimmung (HADS) • Rasch Analyse • Pearson Korrelation • Setting Neurologie (Schlaganfall) • Iran | <u>Konstruktvalidität</u> → gute internal scale validity. alle 31 Items zeigen akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse. gute people response validity. 98 von 102 (96.1%) Teilnehmer zeigen akzeptable Anpassungsgüte (goodness-of-fit) in Rasch Analyse Erklärung Varianz erreichte nicht vollständig den Grad der Akzeptanz (56%) zusätzliche Faktoren erklären jedoch nicht mehr als 5% der Varianz <u>Reliabilität</u> → Person reliability index 0.74 Person separation index 1.67. item separation index 3.32 (Sensitivität) | Einschluss |
| Occupational Circumstances Assessment – Interview and Rating Scale (OCAIRS) | | | | |
| Brollier, C., Watts, J.H., Bauer, D. & Schmidt, W. (1988). A concurrent validity study of two occupational therapy evaluation instruments: the AOF and OCAIRS. | Ermitteln der Konstruktvalidität vom AOF und OCAIRS (Version 1.0) mithilfe der Global Assessment Scale (GAS) | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 41 Probanden • Vergleich OCAIRS mit GAS • Pearson Korrelation • Setting Psychiatrie (Schizophrenie) • USA | <u>Konvergenzvalidität</u> → Korrelation OCAIRS/GAS $r=0.55$, $p<0.001$, für reduziertes Sample $r= 0.65$ | Einschluss |
| Haglund, L., Forsyth, K. (2013). The measurement properties of the | Beschreibung der Gütekriterien des OCAIRS-S (Version 4.0) | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ | <u>Konstruktvalidität</u> → gute internal scale validity. Laut MnSq Statistik sind alle Items ausser 3 | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|--|--|-------------------|
| <p>Occupational Circumstances Interview and Rating Scale - Sweden (OCAIRS-S V2)</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • 11 ET • 60 Probanden • Rasch Analyse • Setting Psychiatrie • Schweden | <p>passend. gute people response validity. Alle Probanden passen in Rasch Analyse (fit-statistics)</p> <p><u>Reliabilität</u> → subject reliability index 0.75</p> <p><u>Interrater/Intrater-Reliability</u> → alle ausser 1 Rater passt nicht ins Modell</p> <p>Mean infit 1.0 (person ability facet) Subject separation 1.71 (sensitivität)</p> | |
| <p>Haglund, L. & Henriksson, C. (1994). Testing a Swedish version of OCAIRS on two different patient groups.</p> | <p>Testen der Rater-Reliabilität der schwedischen Version des OCAIRS (OCAIRS-S, Version 1.0) an zwei unterschiedlichen Populationen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 12 Probanden + 6 ET's • Vergleich OCAIRS-S mit OCAIRS-S + zusätzliche Fragen • Prozent-Übereinstimmung • ICC • Setting verschiedene (Akutpsychiatrie, chronische Schmerzen) • Schweden | <p><u>Konstruktvalidität</u> → über 60% Übereinstimmung bei Einteilung Items in MOHO für 12 von 14 Domänen.</p> <p><u>Interrater-Reliabilität</u> → über 60% Übereinstimmung für alle 14 OCAIRS Domänen. ICC substanzielle Korrelation für 9 Domänen und moderate für 5 Domänen. (für beide Gruppen)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Haglund, L., Thorell, L. & Walinder, J. (1998a). Assessment of occupational functioning for screening of patients to occupational therapy in general psychiatric care.</p> | <p>Testen der Interrater-Reliabilität der des OCAIRS-S Version 2.0</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 145 Probanden + 6 Rater • ICC • Spearman Korrelation • Setting Psychiatrie (versch Diagnosen) • Schweden | <p><u>Interrater-Reliabilität</u> → ICC zwischen 0.88 und 0.96</p> <p>Misst untersch Domänen von Partizipation (MOHO)?</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Lai, J.S., Haglund, L. & Kielhofner, G. (1999). Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. An examination of construct validity.</p> | <p>Untersuchung der Konstruktvalidität und der Qualität der Rating Skala des OCAIRS-S (Version 2.0)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Daten aus Studie von Haglund et al. (1998a) + 6 Rater • Rasch Analyse • Setting Psychiatrie (versch Diagnosen) • Schweden | <p><u>Konstruktvalidität</u> → alle ausser 2 Items passen ins Rasch Modell</p> <p>Rater messen valide (1 rater misfit)</p> <p><u>Interrater-Reliability</u> → Mittelwert und Standartabweichung (M=0.0, SD=0.05) zeigen kaum Unterschiede zwischen Ratern</p> <p>Items: Separation index (2.24). separation reliability (0.83) Rater: separation index (0.0)</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|-------------------|
| <p>Watts, J.H., Brollier, C., Bauer, D. & Schmidt, W. (1989). A Comparison of Two Evaluation Instruments Used with Psychiatric Patients.</p> | <p>Ermitteln der Kriteriumsvalidität des OCAIRS. Vergleich AOF mit OCAIRS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitativ und quantitativ • 41 Probanden • Vergleich OCAIRS mit AOF • Feedback ET • Setting Psychiatrie (Schizophrenie) • USA | <p>Subject separation (4.38)</p> <p><u>Kriteriumsvalidität</u> → sehr hohe Korrelation zwischen OCAIRS/AOF (r=0.86)</p> <p><u>Praktikabilität</u> → 44 min für Interview und rating (Zeit)</p> <p>Nutzung OCAIRS einfach. Unterstützend, um Klient zu verstehen. (Akzeptanz Therapeut)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Occupational Self Assessment (OSA)</p> | | | | |
| <p>Johnson Stuber, Ch. & Nelson, D.L. (2010). Convergent Validity of Three Occupational Self- Assessments.</p> | <p>Ermitteln der Konvergenzvalidität des COPM, OSA und SIGA.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 30 Probanden • Vergleich COPM, OSA und SIGA • Pearson Korrelation • Setting verschiedene • USA | <p><u>Konvergenzvalidität</u> → signifikante Korrelation OSA Kompetenz/COPM-P r=0.51, p=0.004. OSA Performanz/SIGA r=0.41, p=0.025</p> <p><u>Praktikabilität</u> → Zeitaufwand durchschnittlich 13.6min (Zeit)</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K. & Kramer, J. (2010). The Occupational Self Assessment: Stability and the Ability to Detect Change Over Time.</p> | <p>Ermittlung der Stabilität des OSA und der Fähigkeit Veränderung über die Zeit hinweg zu messen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 112 Probanden • Nur wenige Daten neu erhoben, andere aus bestehender Forschung • Vergleich zwei Messungen • Rasch Analyse • Setting verschiedene • USA | <p><u>Konstruktvalidität</u> → Die Items repräsentieren Konstrukt der Kompetenz und Wichtigkeit. Die Items und die entsprechenden Ratingskalen sind stabil über die Zeit</p> <p><u>Retest-Reliabilität</u> → Ratingskala Kompetenz ist von den Klienten gleich eingesetzt worden. Ratingskala zur Wichtigkeit ist bei zweiter Messung teilweise unterschiedlich eingesetzt worden: Kategorie „more important“ wurde weniger oft angegeben, Kategorie „most important“ wurde öfter angegeben</p> | <p>Einschluss</p> |
| <p>Kielhofner, G. & Forsyth, K. (2001). Measurement Properties of a Client Self-report for Treatment Planning and Documenting Therapy Outcomes.</p> | <p>Validierung des OSA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 302 Probanden • Rasch Analyse • Setting verschiedene (psychiatrisch, physisch, nicht-beeinträchtigt) • Länder verschiedene | <p><u>Konstruktvalidität</u> → auf Kompetenzskala alle Items passen in Rasch Modell Alle Probanden ausser 14 (4,6%) passen in Rasch Modell Die 8 „environmental support“-Items passen in Rasch Modell. Auf Wichtigkeitsskala alle Items passen in Rasch Modell</p> | <p>Einschluss</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|------------|
| | | | Person separation index 2.8 | |
| Kielhofner, G., Forsyth, K., Kramer, J. & Iyenger, A. (2009). Developing the Occupational Self Assessment: the use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. | Untersuchung der Konstruktvalidität der Reliabilität und Sensitivität des OSA | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Studie 1) 512 Probanden • Studie 2) 86 Probanden • Studie 3) 542 Probanden • Daten aus 3 Studien • Rasch Analyse • Setting verschiedene • Länder verschiedene | <p><u>Konstruktvalidität</u> →</p> <p>Studie 1) Kompetenzskala alle Items fit. 94% der Probanden passen in Rasch Analyse Wichtigkeitsskala 20 Items fit, 1 Item misfit. 91% der Probanden passen in Rasch Analyse Kontextskala zeigt unpassende separation statistic</p> <p>Studie 2) Kompetenzskala 18 Items fit, 3 Items misfit . Wichtigkeitsskala 19 Items fit, 2 Items misfit. Sensitivität verbesserte sich aber Person separation verschlechterte sich</p> <p>Studie 3) Kompetenzskala 20 Items fit, 1 Item misfit. Wichtigkeitsskala alle Items fit</p> <p><u>Reliabilität</u> →</p> <p>Studie 1) Kompetenzskala wurde gleich eingesetzt, Wichtigkeitsskala wurde unterschiedlich eingesetzt</p> <p>Studie 2) mit erweiterter 4-Punkte-Skala setzten Klienten beide Rating-Skalen nicht gleich ein.</p> <p>Studie 3) Reliabilität mit überarbeiteter 4-Punkte-Skala stieg an. Klienten setzten Rating-Skalen gleich ein</p> | Einschluss |
| Nakamura-Thomas, H. & Kyougoku, M. (2013). Application of Occupational Self Assessment in Community Settings for Older People. | Untersuchen der Anwendung des OSA im community setting für ältere Menschen. Vergleich des OSA mit der FES (falls efficacy scale) | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 260 Probanden • Zwischengruppenvergleich • Vergleich OSA und FES • Pearson Korrelation • Man-Whitney U Test • Setting Geriatrie (community) • Japan | <p><u>Konstruktvalidität</u> → OSA/FES (total) $r=0.69 - 0.8$, OSA/FES(ADL) $r= 0.4-0.63$, OSA/FES(IADL) $r=0.6-0.75$, $p<0.01$</p> | Einschluss |
| Taylor, R., Lee, S.W., Kramer, J., Shirashi, Y. & Kielhofner, G. (2011). Psychometric Study of the Occupational Self Assessment With Adolescents After Infectious Mononucleosis. | Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des OSA bei Erwachsenen mit Pfeifferischem Drüsenfieber | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 301 Probanden • Vergleich OSA mit anderen self-reported | <p><u>Konstruktvalidität</u> → 90.48% der Items beider Skalen passen ins Rasch Model</p> <p>Über 90% der Probanden passen ins Rasch Model</p> <p><u>Konvergenzvalidität</u> → OSA Kompetenzskala</p> | Einschluss |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Assessments Rasch Analyse Pearson Korrelation Setting (Pfeifferisches Drüsenfieber) USA | <p>mit anderen Assessments (infectious symptoms, fatigue severity, global health, stress for past month) $r = -0.558 - 0.287$ <u>Diskriminanzvalidität</u> → keine signifikante Korrelation OSA Wichtigkeitsskala mit anderen Assessments <u>Retest-Reliabilität</u> → Kompetenzskala minimale Differenz bei 2. Messung (0.44 logits). Wichtigkeitsskala minimale Differenz (0.29 logits)</p> <p>person separation index Kompetenzskala 2.74 und Wichtigkeitsskala 2.77</p> | |
| Occupational Performance History Interview (OPHI-II) | | | | |
| Apte, A., Kielhofner, G., Paul-Ward, A. & Braveman, B. (2005). Therapists' and Clients' Perceptions of the Occupational Performance History Interview. | Ermitteln der Erfahrungen zum OPHI-II von Therapeuten und Klienten. Sammeln von Informationen zur Anwendung des Assessments | <ul style="list-style-type: none"> Qualitativ Teil einer Bundesstudie zur Selbstbestimmung für AIDS betroffene 2 Gruppen von Probanden (3ET's und 7 Klienten) pilot testing und Interviews Setting (AIDS) USA | <p><u>Praktikabilität</u> → Therapeuten: unterstützt Beziehungsaufbau mit Klient. Ermöglicht eine ganzheitliche Sicht (klientenzentriert). (Akzeptanz). Ergebnisse und Verlauf abhängig vom vorher aufgebauten Vertrauen. Informationen an Klient zu Sinn und Zweck des Assessments (Vorbereitungen) Klienten: 6 von 7 Klienten verstanden die Instruktionen und den Zweck des Assessments und fanden es nützlich (Akzeptanz)</p> | Einschluss |
| Ennals, P. & Fossey, E. (2007). The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. | Untersuchung der Anwendung des OPHI-II aus der Perspektive psychisch beeinträchtigter Menschen und OT's im Bereich der Psychiatrie | <ul style="list-style-type: none"> Qualitative 10 Probanden (4 ET's, 6 Klienten) Follow-up Interview und Fokusgruppen Constant comparative method Setting Psychiatrie Australien | <p><u>Praktikabilität</u> → ganzheitliche Sicht auf den Klienten möglich (Klientenzentriert). Einbezug OPHI in Therapieprozess unterstützt den Fokus auf Betätigung. Unterstützend für Kommunikation und Vertrauen zwischen Klient und Therapeut. (Akzeptanz)</p> | Einschluss |
| Ennals, P. & Fossey, E. (2009). Using the OPHI-II to Support People With Mental Illness in Their Recovery. | Untersuchung der Anwendung des OPHI-II (narrativer Daten) im psychiatrischen Setting | <ul style="list-style-type: none"> Diskussion eines Fallbeispiels | | Ausschluss – Einzelnes Klientenbeispiel |
| Fossey, E. (1996). Using the | Untersuchung der Anwendung des | <ul style="list-style-type: none"> Qualitative | | Ausschluss → |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Occupational Performance History Interview (OPHI): Therapists' Reflections. | OPHI durch Therapeuten im Setting eines psychiatrischen Tageszentrums | <ul style="list-style-type: none"> • 8 Probanden (4ET's, 4 Klienten) • Auswertung basierend auf systematic approach | | Informationen können in keine in der Arbeit berücksichtigten Gütekriterien eingeordnet werden → Kein Volltext erhältlich |
| Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K. & Basu, S. (2005). The Construction of Keyforms for Obtaining Instantaneous Measures From the Occupational Performance History Interview Rating Scales. | Beschreibung der Entwicklung und Anwendung der Keyforms des OPHI-II | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 708 Probanden (249 aus Studie Kliehofner et al., 2001 und 249 aus dieser Studie) • Rasch Analyse • Setting verschiedene • Länder verschiedene (USA, EU, Australien) | <u>Konstruktvalidität</u> → die Keyforms des OPHI-II geben ein unidimensionales Konstrukt wieder | Einschluss |
| Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K. & Lai, J.S. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). | Evaluation der Validität der Occupational Identity, Occupational Competency und Occupational Behaviour Setting Skalen vom OPHI-II | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 249 Probanden, 151 Rater • Rasch Analyse • Setting verschiedene • Länder verschiedene | <u>Konstruktvalidität</u> → Kompetenzskala alle Items passen in Rasch Model. 91% TN wurden valide gemessen. Identitätsskala alle Items passen in Rasch Model. 92% der TN wurden valide gemessen. Settingsskala alle Items passen in Rasch Model. 92% der TN wurden valide gemessen. <u>Reliabilität</u> → 92% der Beobachter nutzten die Skalen zulässig | Einschluss |
| Kielhofner, G., Harlan, B., Bauer, D. & Maurer, P. (1986). The reliability of a historical interview with physically disabled respondents. | Untersuchung der Reliabilität des ORH | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitative und qualitative • 20 Probanden + 3 Rater • Vergleich Messungen ORH • ICC • Pearson Korrelation • Setting (physische Beeinträchtigungen) • USA | <u>Retest-Reliabilität</u> → Korrelation 16 Items 0.77 und mehr, kein Item < 0.6. Korrelation Variablen 0.69 – 0.95. Korrelation System und Subsystem > 0.79 <u>Interrater-Reliabilität</u> → Korrelation einzelne Items 0.38 – 0.93 (18 Items > 0.6, 4 Items < 0.6). Korrelation Variablen 0.5 – 0.94 (9 Variablen > 0.6, 2 Variablen < 0.6). Korrelation System 0.85. Korrelation Subsystem 0.59 – 0.88. | Einschluss |
| Kielhofner, G. & Henry, A.D. (1988). Development and Investigation of the Occupational Performance History Interview. | Beschreibung der Entwicklung des OPHI. Überprüfung der Konstruktvalidität und Retest-Reliabilität des Assessments | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Entwicklung OPHI • Praxiserprobung durch 90 | <u>Inhaltsvalidität</u> → von Experten und AOTA sichergestellt <u>Konstruktvalidität</u> → Vergangenheitskala und Gegenwartsskala messen zwei | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | <p>Therapeuten aus versch Settings</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 ET's Expertenreview • 90 ET Pilot testing • 153 Probanden • Duplizierung der Ergebnisse für Interrater-Reliabilität • Pearson Korrelation • • Setting verschiedene (Psychiatrie, Geriatrie, physische Beeinträchtigungen) • USA und Kanada | <p>unterschiedliche Konstrukte</p> <p><u>Retest-Reliabilität</u> → Korrelation einzelner Items (Vergangenheit) 0.55 – 0.68 und (Gegenwart) 0.31 – 0.49. Korrelation Gruppe total (Vergangenheit) 0.63 – 0.73 und (Gegenwart) 0.35 – 0.55</p> <p><u>Interrater-Reliabilität</u> → Korrelation einzelne Items (Vergangenheit) 0.38 – 0.55 und (Gegenwart) -0.8 – 0.46.</p> <p><u>Praktikabilität</u> → Einsatz und Anwendung ist einfach. Nutzen bei der Berichtserstellung, bei der Identifikation von Problemen der Klienten sowie bei der Zielsetzung (Akzeptanz Therapeut). Assessment dauert durchschnittlich 11/2h (ca 47min für Interview, 21min für Rating, 28min für narrativen Report) (Zeit)</p> | |
| Kielhofner, G., Henry, A.D., Walens, D. & Rogers, E.S. (1991). A generalizability study of the Occupational Performance History Interview. | Darstellung der Ergebnisse einer Studie zur Reliabilität des OPHI | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Electic approach • 20 Klienten (Videotapes) + 3 ET's • Vergleich Messungen untersch Rater • Setting Psychiatrie • USA | <p><u>Interrater-Reliabilität</u> → moderate Korrelation der Ergebnisse unter Anwendung zwei versch Referenzrahmen (MOHO, electic)</p> | Einschluss – nur Abstract, kein Volltext erhältlich |
| Lynch, K.B. & Bridle, M.J. (1993). Construct validity of the Occupational Performance History Interview. | Untersuchung der Konstruktvalidität des OPHI durch Evaluation der Langzeiteffekte von Rückenmarksverletzungen | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 143 Probanden mit SCI (spinal cord injury) • Vergleich OPHI mit CES-D und MPI • Regressionsanalyse • Pearson Korrelation • Setting (Rückenmarksverletzungen) • USA | <p><u>Konstruktvalidität</u> → negative Korrelation OPHI/CES-D $r=-0.19$, $p<0.05$. positive Korrelation OPHI (Gegenwart)/MPI (sz-skala) zwischen $r= 0.28$ ($p<0.05$) und $r= 0.55$ ($p<0.0001$)</p> | Einschluss |
| Mallinson, T., Mahaffey, L. & Kielhofner, G. (1998). The Occupational Performance History Interview: evidence for three underlying constructs of occupational adaptation. | Ermittlung der Konstruktvalidität der modifizierten Version der OPHI Skalen (OPHI-R) | <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • 20 Probanden + 3ET's • Rasch Analyse modifizierte OPHI Skala (OPHI-R) | <p><u>Konstruktvalidität</u> → 42 Items (Vergangenheit und Gegenwart) 7 misfit Items (15%) – misst kein unidimensionales Konstrukt Messung von drei Konstrukten: Identität (20 Items), Kompetenz (14 Items) und Kontext (8</p> | Einschluss |

| | | | | |
|---|---|--|-------|--------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Setting Psychiatrie (versch. Diagnosen) • USA | Items | |
| Noonan, V.K., Miller, W.C. & Noreau, L. (2009). A review of instruments assessing participation in individuals with spinal cord injury. | Ein Review zu Messinstrumenten bei Klienten mit Rückenmarksverletzungen | <ul style="list-style-type: none"> • | | Ausschluss – Sekundärliteratur |

Anhang 3 Matrix Literaturrecherche der Hauptstudien

| Stichwörter Schlagwörter (Englisch) | Anzahl Treffer | Anzahl relevante Abstracts | Relevante Literatur (Quelle nennen) | Status | Ein-/Ausschlusskriterien |
|--|-------------------|----------------------------------|---|--------|--------------------------|
| CINHAL | | | | | |
| 15.01.2015 canadian occupational performance measure AND (valid* OR reliab* OR ut*) | 105 | 21 | Vor Abspeichern Abstracts lesen <ul style="list-style-type: none"> • 1 Construct Validity of the Canadian Occupational Performance Measure in Participants With Tendon Injury and Dupuytren Disease. • 2 The validity of using the Canadian occupational performance measure with older adults with and without depressive symptoms. • 3 Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain. • 6 Validity and utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure in a craniofacial pain center. • 7 Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. • 11 The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities. • 13 Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation. • 15 The Canadian Occupational Performance Measure: is it a Reliable Measure in Clients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease? • 16 The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. • 17 Convergent validity of three occupational self-assessments. • 19 Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. • 26 Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. • 29 Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. • 30 Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. | | |

| | | | | | |
|--|-----|---|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • 31 The use and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a posttraumatic stress program. • 33 Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement. • 44 The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. • 48 Utilization of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) among children and their parents: a Swiss experience. • 49 Individualized outcome measures: a review of the literature. • 53 Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. • 64 A systematic review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. • 208 Occupational therapy. A pilot study of an outcome measure in palliative care • 232 The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation | | |
| canadian occupational performance measure | 308 | | <ul style="list-style-type: none"> •17 The Canadian Occupational Performance Measure: use in an independent living centre •29 Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan •30 The Canadian Occupational Performance Measure's semi-structured interview: its applicability to lumbar spinal fusion patients. A prospective randomized clinical study •32 Responsiveness of the Swedish version of the Canadian Occupational Performance Measure •46 Self-beliefs about pain and occupational performance: a comparison of two measures used in a pain management program •78 The use of Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in clients with an acute stroke • 79 The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure (Toomey 1995) •90 The Canadian Occupational Performance Measure (Babtiste 1993) | | |
| canadian occupational performance measure AND propert* | 4 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> •The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. | | |
| occupational gaps questionnaire | 6 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: The Occupational Gaps Questionnaire (OGQ) | | |

| | | | | | |
|---|----|----|--|--|--|
| occupational performance history interview OR OPHI | 34 | 10 | <ul style="list-style-type: none"> • 1 Using the Occupational Performance History Interview (OPHI): Therapists' Reflections. • 2 The construction of keyforms for obtaining instantaneous measures from the Occupational Performance History Interview rating scales • 5 Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II) • 6 Therapists' and clients' perceptions of the occupational performance history interview. • 8 The Occupational Performance History Interview: evidence for three underlying constructs of occupational adaptation. • 11 A qualitative exploration of the sub-scales of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II) • 15 The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: consumer and occupational therapist perspectives. • 19 Development and Investigation of the Occupational Performance History Interview. • 20 Construct validity of the Occupational Performance History Interview. • 22 A generalizability study of the Occupational Performance History Interview. | | |
| occupational performance history interview AND properties | 3 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 3 A review of instruments assessing participation in persons with spinal cord injury. | | |
| role checklist | 57 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 4 Does the Role Checklist Measure Occupational Participation? | | |
| role checklist AND model of human occupation | 3 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 3 Use of the Role Checklist with the patient with multiple personality disorder. | | |
| occupational self assessment | 69 | | <ul style="list-style-type: none"> • 4 Application of Occupational Self Assessment in Community Settings for Older People. • 6 Convergent validity of three occupational self-assessments. • 7 The Occupational Self Assessment: stability and the ability to detect change over time. • 16 Developing the Occupational Self Assessment: the use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. • 20 Psychometric Study of the Occupational Self Assessment With Adolescents After Infectious Mononucleosis. | | |

| | | | | | |
|---|-----|----|--|--|--|
| occupational self assessment AND properties | 8 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 7 Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. | | |
| (occupational circumstances interview and rating scale) OR OCAIRS | 7 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> • 1 The measurement properties of the Occupational Circumstances Interview and Rating Scale - Sweden (OCAIRS-S V2) • 3 Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. • 4 Testing a Swedish version of OCAIRS on two different patient groups • 5 Assessment of occupational functioning for screening of patients to occupational therapy in general psychiatric care. • 6 A concurrent validity study of two occupational therapy evaluation instruments: the AOF and OCAIRS. | | |
| (occupational case analysis interview and rating scale) OR OCAIRS | 7 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • 1 Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale. An examination of construct validity • 2 OCCUPATIONAL CASE ANALYSIS INTERVIEW AND RATING SCALE. | | |
| Cochrain | | | | | |
| COPM | 82 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • The Canadian Occupational Performance Measure's semi-structured interview: its applicability to lumbar spinal fusion patients. A prospective randomized clinical study | | |
| ERIC | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Keine relevanten Resultate | | |
| Medline | | | | | |
| canadian occupational performance measure.af. | 300 | 14 | <ul style="list-style-type: none"> • 45 Assessment practices of Canadian occupational therapists working with adults with mental disorders • 117 Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice • 146 A patient-prioritized ability assessment in haemophilia: the Canadian Occupational Performance Measure. • 178 Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis • 210 The Canadian Occupational Performance Measure: A Tool for Recovery- | | |

| | | | | | |
|---|-----|---|---|--|--|
| | | | <p>Based Practice</p> <ul style="list-style-type: none"> • 244 Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure • 245 The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure • 257 Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. • 283 Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure--Swedish version • 284 A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the Health Assessment Questionnaire • 297 The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure (Toomey) • 298 Pilot testing of the Canadian Occupational Performance Measure: clinical and measurement issues • 299 Client-centered assessment • 300 The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy | | |
| Occupational gaps. af. | 8 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury (Eriksson 2009) | | |
| role checklist | 22 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • 6 The validity and reliability of the modified version of the Role Checklist (M-RCL) • 13 Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. • 16 Spanish translation of the role checklist | | |
| OTDBase | | | | | |
| Canadian occupational performance measure | 100 | 9 | <ul style="list-style-type: none"> • The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice • The Use of the COPM as an Outcome Measure in a Hand Therapy Clinic • The Canadian Occupational Performance Measure: Does it Address the Cultural Occupations of Ethnic Minorities? • Evaluer les effets du traitement en ergothérapie: Utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel Evaluating the effects of the Occupational Therapy treatment: Utilisation of the Canadian Occupational Performance Measure • THE CANADIAN MODEL OF HUMAN OCCUPATION (CMOP) AND ITS ASSESSMENT INSTRUMENT (COPM) DAS KANADISCHE MODELL DER BETÄTIGUNGSPERFORMANZ CMOP UND SEIN ASSESSMENTINSTRUMENT COPM • An Evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the | | |

| | | | | | |
|----------|----|---|---|--|--|
| | | | <p>Canadian Occupational Performance Measure in Mental Health Practice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung des COPM in einer deutschen psychiatrischen Klinik (Use of the COPM in a German Mental Health Facility) • The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program • Validity of the Canadian Occupational Performance Measure (Chan) | | |
| OGQ | 2 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Occupational Gaps in Everyday Life After Stroke and the Relation to Functioning and Perceived Life Satisfaction | | |
| OPHI | 17 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Using the OPHI-II to Support People With Mental Illness in Their Recovery • The Occupational Performance History Interview: Evidence for three underlying constructs of occupational adaptation • Using the Occupational Performance History Interview (OPHI): OTs' Reflection | | |
| OCAIRS | 8 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • A Comparison of 2 Evaluation Instruments Used with Psychiatric Patients | | |
| PubMed | | | | | |
| OCAIRS | 3 | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Assessment of occupational functioning for screening of patients to occupational therapy in general psychiatric care | | |
| OTseeker | | | | | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Keine neuen Studien | | |

Anhang 4 Übersichtstabelle zur Auswahl gefundener Assessments der Partizipation

| Assessment | Misst | Basiert auf | Art | Studien G. | Land | Klienten | ICF Domäne (Akt.&Part.) | Anderes |
|---------------------------------------|---|-----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------|---------|
| COPM | Betätigungs- performanz und Zufriedenheit | CMOP | Selbsteinschätzung | Viele Primär- studien | international | Diagnose- übergreifend | 9 | |
| OCAIRS | Partizipation und Adaptation | MOHO | Interview | 3-4 Primär- studien vorhanden | international | Diagnose- übergreifend | 9 | |
| OSA | Betätigungs- kompetenz und Kontextfaktoren | MOHO | Selbsteinschätzung | 4-5 Primär- studien vorhanden | international | Diagnose- übergreifend | 8 | |
| OGQ | Subjektive Wahrnehmung & Zufriedenheit | IC/RC (MOHO) | Selbsteinschätzung | 1 Primär- studie | international | Diagnose- übergreifend | versch | |
| OPHI II | Betätigungs- identität/- kompetenz sowie Kontextfaktoren | MOHO | Interview | 1 Primär- studie | international | Diganose- übergreifend | 5 | |
| Role Checklist (RC) | Betätigung in Rollen des täglichen Lebens | MOHO | Selbsteinschätzung | 1 Primär- studie | international | Diagnose- übergreifend | 6 | |
| Occupational Questionnaire (OQ) | Partizipation in Betätigung | MOHO | Selbsteinschätzung | Keine Primär- studien | international | Diagnose- übergreifend | 5 | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--|------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------|--|------------------|------------------------------------|
| MOHOST | Level Partizipation (Stärken/ Schwächen) | MOHO | Beobachtungs-instrument | 3-4 Primärstudien vorhanden | international | Diagnose-übergreifend | 9 | |
| PRPP | Betätigungs-performanz und Strategie-anwendung | OPM(A) | Objektives Messinstrument | | international | Diagnose-übergreifend | | Fokus auf Kognition |
| AusTOMs-OT | Ressourcen und Beeinträchtigung | ICF | | 1-2 Primärstudien | international | Diagnose-übergreifend | versch | |
| AMPS | | OTIPM | Beobachtungs-instrument | Primärstudien vorhanden | | Diagnose-übergreifend | versch | |
| DOA | | | | | | | Arbeit | |
| Activity Card Sort (ACS) | Aktivitätslevel | | | 2-3 Primärstudien (andere Länder) | | Kognitive Einschränkungen | versch | |
| CHART | Level der Beeinträchtigung | ICIDH | Objektive Kriterien | 2-3 Primärstudien (nur in Reviews) | | Diagnose-übergreifend | versch | Misst eher Handicap als Ressourcen |
| LIFE-H | Faktoren der Beeinträchtigung | ICIDH-2 | Selbsteinschätzung (Fragebogen) | 3-4 Primärstudien | Versch. Sprachen | Diagnose-übergreifend | Versch (alle) | |
| PC-PART | Selbständigkeit, externe Hilfe | ICIDH/ ICF | | 5+ Primärstudien (gute Studien) | | Einschränkung Kognition/ Kommunikation | Selbstversorgung | |
| WHO-DAS II | Level | ICIDH-2 | Interview | 2-3 Primärstudien | Versch | Diagnose- | versch | |

| | Beeinträchtigung | | | (spezifisch) | Sprachen | übergreifend | | |
|--|---|---------|--------------------|---------------------|------------------|-----------------------|---------------|-------------------------------------|
| USER-Participation | Subjektive & objektive Partizipation | | | Keine Primärstudien | | | Versch (8) | |
| IPA | Partizipation und Autonomie | ICIDH-2 | Subjektive Messung | | Versch. Sprachen | | versch | |
| London Handicap Scale | Auswirkungen der Beeinträchtigung | ICIDH | Objektive Messung | | | | versch | |
| ICF Checklist/ Questionnaire | Aktivität/ Partizipation /Kontext | ICF | | | | | versch | Nicht benutzerfreundlich (90 Items) |
| Assessment of Life Habits | | ICF | | Keine Primärstudien | | | | |
| Community Living Skills Scale | | ICF | | Keine Primärstudien | | mental illness | Versch (alle) | |
| Mayo-Portland Adaptability Inventory (MPAI) | | ICF | | 3-4 Primärstudien | | Brain injuries | Versch (alle) | |
| Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC) | Partizipation ausserhalb Institution (Ergebnisse Rehaservice) | ICIDH-2 | | | | Diagnose-übergreifend | Versch (alle) | Durchführung 6-30min |
| Psychosocial Adjusment to | | ICF | Interview | Keine Primär- | | Diagnose-übergreifend | Versch (alle) | |

| | | | | | | | | |
|---|--|-----|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------|
| Illness Scale (PAIS) PAIS-SR | | | Selbsteinschätzung | studien | | | | |
| ICF Measure of Activity and Participation – Screener (IMPACT-S) | | ICF | Selbsteinschätzung | 1 Primärstudie | | Diagnoseübergreifend | Versch (alle) | |
| Keele Assessment of Participation | | ICF | | 1 Primärstudie | | | versch | |
| Participation Profile | | ICF | | | Nicht auf Englisch | | | |
| Participation Scale | Soziales Einbezogensein | ICF | | 1 Primärstudie | | Diagnoseübergreifend | Versch (8) | |
| Participation Survey/Mobility (PARTS/M) | | ICF | | | | | Mobilitätseinschränkung | Mobilität |
| ICF Mental A&P | | ICF | | | | Psychische Beeinträchtigung | | versch |
| ICF Capacity and Performance Measure/Scale | Partizipation | ICF | | Keine Primärstudien | | | | |
| Activity Limitation/ Participation Restriction Scale | Basisaktivitäten und komplexe Aktivitäten (Effektivität Unterstützung) | | | | Afrika | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------|--------|--------------------------------|
| (ALS/PRS) | | | | | | | | |
| The National Disability Survey in Afghanistan (NDSA) | | ICF | | | Afghanistan | | | versch |
| The Rating of Perceived Participation Questionnaire (ROPP) | Level Partizipation | ICF | | Keine Primärstudie | | Neurologische Störungen | versch | |
| PAR-PRO Participation Instrument | Partizipation | ICF | Objektives Assessment (quantitativ) | 1 Primärstudie (reliab) (-) | | Diagnoseübergreifend | | |
| Elderly Assessment System (EASY-Care) | | Mit ICF abgeglichen | | | | Ältere Menschen | | versch |
| Mapping Patient Specific-Functional Scale (PSFS) | Veränderung bei Klienten die muskuloskeletale Physio erhalten | Mit ICF abgeglichen | | | | | | |
| Community Integration Questionnaire (CIQ) | | | | | | SHT, Brandverl, Tumor | | |
| Your ideas about participation and | | | Selbsteinschätzung | Keine Primärstudie | | Diagnoseübergreifend | | Klientenzentrierte Zielsetzung |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------|--|-----|--------|--|
| environment (YIPE) | | | | | | | | |
| Meaningful Activity Participation Assessment (MAPA) | | | | Keine Primärstudie | | | | |
| Participation Objective Subjective (POPS) | Objektive und subjektive Partizipation | | | 2 Primärstudien | | SHT | versch | |

Anhang 5 Matrix Literaturrecherche zur Ermittlung der Assessments

| Stichwörter Schlagwörter (Englisch) | Datenbank | Anzahl Treffer | Anzahl relevante Abstracts | Relevante Literatur (Quelle nennen) | Status | Ein-/Ausschlusskriterien |
|--|-----------|-------------------|----------------------------------|---|--------|--|
| 15.07.2015 (assess* OR measure* OR evaluate) AND participation AND occup* therap* | CINHAL | 662 | 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Using the Australian Therapy Outcome Measures for Occupational Therapy (AusTOMs-OT) to measure client participation outcomes. • Interrater Reliability and Clinical Utility of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in an Inpatient Rehabilitation Setting • Examining the structural aspect of the construct validity of the Japanese version of the Model of Human Occupation Screening Tool. • The measurement properties of the Occupational Circumstances Interview and Rating Scale - Sweden (OCAIRS-S V2). • Responsiveness of two participation measures in an outpatient rehabilitation setting. • A reliability and validity study of the Meaningful Activity Participation Assessment • The ICF vs. occupational therapy instruments -- similarities and differences from a mental health perspective • Activity and Participation - self-assessment according to the International Classification of | | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: adults (Treffer 298) • Partizipation in anderem Zusammenhang • Nicht auf spezifische Diagnosen bezogen • Case-Study ausschliessen |

| | | | | | | |
|---|---------|----------|---|---|--|--|
| | | | | Functioning: a study in mental health. | | |
| 16.07.2015 (evaluat* and participation and occup* therap*).af. | Medline | 538 | | Zu viele Treffer, die vom gewünschten Thema abweichen | | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (251 Treffer) |
| ((evaluat* or assess* or measure*) and tool and participation and occup* therap*).af. | Medline | 64 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Interrater reliability and clinical utility of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in an inpatient rehabilitation setting. • A cross-diagnostic validation of an instrument measuring participation in everyday occupations: the Occupational Gaps Questionnaire (OGQ). • Measurement properties of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool: a systematic review. | | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (28 Treffer) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben |
| ((evaluat* or assess* or measure*) and tool and participation and occup* therap*).af. | CINHAL | 54 | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Interrater reliability and clinical utility of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in an inpatient rehabilitation setting. • The measurement properties of the model of human occupation screening tool and implications for practice • Utility of the Model of Human Occupation Screening Tool for detecting client change | | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (23 Treffer) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben |
| 17.07.2015 evaluate* OR measure* OR assess* AND | OTDBASE | Über 100 | 5 | <p>Gleiche Ergebnisse wie in den vorangegangenen Datenbanken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stark SL, Somerville EK, Morris JC (2010). In-Home Occupational | | <ul style="list-style-type: none"> • Nicht weiter limitiert (erweiterte Limitationen nicht möglich) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben |

| | | | | | | |
|--|--------|-----|----------|---|--|---|
| participation | | | | <p>Performance Evaluation (I-HOPE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Adaptationsprozess des US-amerikanischen Assessments „Activity Card Sort“ für die deutschsprachige Ergotherapie • Reliability of the Australian Therapy Outcome Measures for Occupational Therapy Self-care scale • The Israeli Assessment of Participation for Adults • Beyond Disability: Assessing Participation and Autonomy in Medical Rehabilitation | | |
| <p>05.08.2015 (international classification of functioning, disability and health) AND (assess* OR measure* OR evaluat*) AND participation</p> | CINHAL | 644 | 12/ (15) | <ul style="list-style-type: none"> • Psychometric properties of an instrument to measure activities and participation according to the ICF concept in patients with mental disorders • Development of an instrument for assessment of mobility-related participation outcomes: The NOMO 1.0. • Using the ICF to develop the capability-oriented database of persons with disabilities: a case study in Nakornpanom province, Thailand • A comparative review of measurement instruments to inform and evaluate effectiveness of disability inclusive development • Development and evaluation of a new questionnaire for rating perceived participation • Your ideas about participation and environment: a new self-report instrument • Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF Measure of Participation and Activities Screener, the Participation Scale, and the Utrecht Scale for Evaluation of | | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (266 Treffer) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben • |

| | | | | | |
|--|----------------|------------|--|---|---|
| | | | | <p>Rehabilitation-Participation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrater reliability of the Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART) in a rehabilitation setting • Participation Survey/Mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations • Preliminary results for the PAR-PRO: a measure of home and community participation • Evaluations of activities and participation of patients by using International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)... Proceedings of the 10th Congress of the European Federation for Research in Rehabilitation, Riga, Latvia, 09-12 September 2009 • The ICF vs. occupational therapy instruments -- similarities and differences from a mental health perspective • What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities | |
| <p>07.08.2015 (international classification of functioning, disability and health and (assess* or measure* or evaluat*) and participation).af.</p> | <p>Medline</p> | <p>772</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Mapping the content of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) using the International Classification of Functioning, Health and Disability • Linking the EASY-care standard to the international classification of functioning, disability and health • Mapping Patient-Specific Functional Scale (PSFS) items to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) • The International Classification of | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (365) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben • Studien auf Deutsch oder Englisch, andere Sprachen ausgeschlossen |

| | | | | | |
|---|---------|----|---|---|---|
| | | | | <p>Functioning, Disability and Health: development of capacity and performance scales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Measuring disability and its predicting factors in a large database in Taiwan using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. • World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: contribution to the Italian validation • Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation • Validating the potential of the International Classification of Functioning, Disability and Health to identify barriers to and facilitators of consumer participation • Development and initial psychometric evaluation of the participation measure for post-acute care (PM-PAC) • Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations | |
| <p>07.08.2015 (international classification of functioning, disability and health and ((assess* or measure* or evaluat*) and (tool)) and participation).af.</p> | Medline | 87 | 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Participation restrictions in patients with psychiatric and/or cognitive disabilities: preliminary results for an ICF-derived assessment tool • Daily life dialogue assessment in psychiatric care-face validity and inter-rater reliability of a tool based on the International Classification of Functioning, Disability and Health <p><u>Anmerkung:</u> die meisten Assessments beziehen sich auf spezifische Diagnosen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Limited to: all adults (37 Treffer) • Aussortiert nach denselben Kriterien, wie oben |

| | | | | | | |
|---|---------|----|--|--|--|--|
| 08.08.2015 tool AND evaluate* AND participation | OTDBASE | 11 | | <ul style="list-style-type: none">• Keine neuen Studien• Relevante Studien bereits mit vorangegangenen Kombinationen gefunden | | |
|---|---------|----|--|--|--|--|