

# **Ergotherapie für Erwachsene mit Sehbehinderung**

Die Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie in der interprofessionellen Rehabilitation von Erwachsenen mit Sehbehinderung

Lena Hofer  
16544223

Sandra Schnüriger  
16544439

Departement Gesundheit  
Institut für Ergotherapie  
Studienjahr: BA.ER.16  
Eingereicht am: 03.05.2019  
Begleitende Lehrperson: Sabine Hendriks

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**

**Anmerkung:**

Im Rahmen dieser Arbeit sind mit dem Begriff «Verfasserinnen» die Studentinnen bezeichnet, welche die vorliegende Arbeit verfasst haben. Mit den Begriffen «Autorinnen und Autoren», sowie «Forschende» werden jeweils die Autorinnen und Autoren der zitierten Literatur bezeichnet.

Mit der Bezeichnung «Betroffene» sind immer die sehbeeinträchtigen und sehbehinderten Personen gemeint.

In der Beschreibung der Einschränkungen wird zwischen «Sehbeeinträchtigung» und «Sehbehinderung» unterschieden. Wenn von Sehbeeinträchtigung die Rede ist, dreht es sich um die Funktionseinbussen bei der Person mit Sehschädigung. Von Sehbehinderung wird gesprochen, wenn es um die Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt geht.

In dieser Arbeit wird zudem von «ET`s» gesprochen, was kurz für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten steht. Dadurch soll der Lesefluss erleichtert werden.

Zur besseren Übersicht werden nicht alle Fachbegriffe im Text erläutert. Mit Stern\* markierte Begriffe werden im Glossar (Anhang) kurz definiert.

# Inhalt

Abstract .....	5
1 Thematische Verankerung .....	6
1.1 Einleitung.....	6
1.1.1 Datenlage zur Sehbeeinträchtigung.....	6
1.1.2 Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen .....	7
1.2 Theoretischer Hintergrund.....	9
1.2.1 Unterstützung durch verschiedene Professionen.....	9
1.2.2 Bezug zur Ergotherapie .....	10
1.2.3 Problemstellung .....	11
1.3 Fragestellung.....	14
1.4 Zielsetzung .....	14
1.5 Begriffsdefinitionen .....	14
2 Methodik.....	16
2.1 Datenbankrecherche .....	16
2.2 Selektionsprozess .....	17
2.3 Evaluationsinstrumente .....	19
3 Ergebnisse .....	20
3.1 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Berger et al., 2013).....	20
3.1.1 Zusammenfassung .....	20
3.1.2 Kritische Würdigung.....	21
3.2 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Liu et al., 2013) .....	22
3.2.1 Zusammenfassung .....	22
3.2.2 Kritische Würdigung.....	23
3.3 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults With Low Vision: A Systematic Review » (Smallfield et al., 2013) .....	24
3.3.1 Zusammenfassung .....	24
3.3.2 Kritische Würdigung.....	25
3.4 Studie «Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or =75 with severe visual impairment: the VIP trial» (Campbell et al., 2005) .....	26
3.4.1 Zusammenfassung .....	26
3.4.2 Kritische Würdigung.....	27
3.5 Studie «Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration» (Rovner et al., 2014).....	28
3.5.1 Zusammenfassung .....	28
3.5.2 Kritische Würdigung.....	29
3.6 Studie «Results from a Survey of Occupational Therapy Practitioners in Low Vision Rehabilitation» (Copolillo, Warren & Teitelman, 2007).....	30
3.6.1 Zusammenfassung .....	30
3.6.2 Kritische Würdigung.....	31

3.7	Studie «The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy» (Molitor & Mayou, 2018)	32
3.7.1	Zusammenfassung .....	32
3.7.2	Kritische Würdigung.....	34
4	Diskussion .....	35
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	35
4.1.1	Bedeutung der ICF für die Arbeit .....	35
4.1.2	Ergebnisse in der ICF-Tabelle .....	37
4.2	Kritische Würdigung der Ergebnisse .....	39
4.2.1	Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie .....	39
4.2.2	Schlussfolgerungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit .....	41
4.2.3	Limitationen .....	43
4.3	Beantwortung der Fragestellung .....	45
4.4	Empfehlungen für die Praxis .....	46
5	Ausblick .....	47
	Verzeichnisse .....	48
	Literaturverzeichnis .....	48
	Beurteilungsrasterverzeichnis .....	58
	Tabellenverzeichnis .....	48
	Abbildungsverzeichnis .....	59
	Anhang .....	60
	Wortzahl.....	60
	Danksagung.....	60
	Eigenständigkeitserklärung .....	60
	Glossar.....	61
	Ausführliche Tabellen und Abbildungen.....	65
	Suchmatrix Hauptquellen .....	72
	Kritische Würdigung Hauptquellen.....	79
	Kritische Würdigung Berger et al. (2013) nach CASP .....	79
	Kritische Würdigung Liu et al. (2013) nach CASP .....	83
	Kritische Würdigung Smallfield et al. (2013) nach CASP .....	89
	Kritische Würdigung Campbell et al. (2005) nach AICA .....	95
	Kritische Würdigung Rovner et al. (2014) nach AICA.....	102
	Kritische Würdigung Copolillo et al. (2007) nach AICA .....	108
	Kritische Würdigung Molitor & Mayou (2018) nach AICA .....	113

# **Abstract**

## **Darstellung des Themas**

Altersbedingte Sehbehinderungen kommen durch die zunehmende Lebenserwartung in der Schweiz immer häufiger vor. Diese haben einen grossen Einfluss auf die Selbstständigkeit im Alltag. In der Schweiz existieren bereits Angebote für Menschen mit Sehbehinderung, in welchen vorwiegend «Rehabilitationsfachkräfte» arbeiten. Die Ergotherapie ist im Vergleich zu anderen Ländern in diesem Gebiet noch wenig vertreten.

## **Ziel**

Das Ziel unserer Arbeit ist, Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie in der interprofessionellen Sehbehindertenrehabilitation für Erwachsene in der Schweiz zu definieren.

## **Methode**

Es wurde eine strukturierte Literaturrecherche auf diversen Gesundheitsdatenbanken durchgeführt. In der anschliessenden Selektion wurden Quellen ausgewählt, in denen die Ergotherapie in einem interprofessionellen Behandlungsteam untersucht wurde. Die Artikel wurden in das ICF-Modell eingeordnet.

## **Relevante Ergebnisse**

Wichtige Kompetenzen und Aufgaben haben Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in den Domänen Aktivitäten und Partizipation, beispielsweise bei der Unterstützung der Hilfsmittelanwendung in Alltagsaktivitäten. Weiter können sie in der Domäne Umweltfaktoren beispielsweise Abklärungen und Anpassungen im häuslichen Umfeld vornehmen.

## **Schlussfolgerung**

Die betätigungsfokussierte und ganzheitliche Herangehensweise der Ergotherapie widerspiegelt sich in den Resultaten. Da sich die verwendeten Begriffe wenig von den Kompetenzen der Rehabilitationsfachkräfte unterscheiden, sind für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit gemeinsame Absprachen im Team notwendig.

## **Keywords**

Occupational therapy, competence, interprofessional, Low Vision Rehabilitation

# 1 Thematische Verankerung

## 1.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Problematik von Sehbeeinträchtigungen im Erwachsenenalter dargestellt. Im Anschluss werden die Herausforderungen im interprofessionellen\* Behandlungssetting erläutert. Anhand dieser in der Praxis existierenden Schwierigkeiten werden die Fragestellung und die Zielsetzung der vorliegenden Bachelorarbeit formuliert.

### 1.1.1 Datenlage zur Sehbeeinträchtigung

Die Bevölkerung wird im Durchschnitt älter (EU, 2018) und stösst damit auf vielfältige, altersbedingte Gesundheitsbeschwerden (Kaldenberg & Smallfield, 2013). Eine dieser Gesundheitsbeschwerden ist laut Kaldenberg und Smallfield (2013) der Verlust der Sehkraft.

Die Einschränkungen, welchen mithilfe einer Brille oder durch medizinische Eingriffe korrigiert werden können, werden gemäss Seifert & Schelling (2017) unterschieden von den schweren Sehbeeinträchtigungen, welche nicht oder kaum behandelt werden können. Durch diese haben Betroffene deutliche grössere Hürden im Alltag als andere ältere Menschen, was die Lebensqualität negativ beeinflussen kann. (Seifert & Schelling, 2017)

In Mitteleuropa waren 2015 Katarakt\* (25,42%), Altersbedingte Makuladegeneration\* (15,92%) und Glaukom\* (14,08%) die häufigsten Ursachen für starke Sehbeeinträchtigungen (Flaxman et al., 2017). Diese sind durch chronische, meist degenerative Veränderungen des Auges hervorgerufen (Schwab & Wedrich, 2014; Voleti & Hubschman, 2013).

Die Prävalenz ist weltweit sehr hoch: Es leben laut der WHO aktuell von den 7,65 Milliarden Menschen schätzungsweise 1,3 Milliarden mit einer Sehbeeinträchtigung. In Bezug auf das Sehvermögen in die Weite haben 188,5 Millionen Menschen eine leichte Sehbeeinträchtigung, während 217 Millionen eine mittlere bis schwere Sehbeeinträchtigung haben und 36 Millionen Personen blind sind. Zusätzlich sind 826 Millionen Menschen kurzsichtig (WHO, 2018). Die Mehrheit der Menschen mit Sehbeeinträchtigungen sind über fünfzig Jahre alt (WHO, 2018). Diese Altersgruppe ist in den letzten 80 Jahren deutlich gewachsen (SZBLIND, 2018a).

In der Schweiz sah die Prävalenz der sehbeeinträchtigten Personen im Jahr 2012 laut Spring im Auftrag für den Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen

(SZBLIND), wie folgt aus: Im Alter von 40 Jahren waren 2 von 100 Personen der Schweiz sehbeeinträchtigt, im Alter von 70 Jahren betraf dies etwas mehr als 10 von 100 Personen (10,2%). Von den Menschen über 80 Jahren betraf bereits etwa jede sechste Person eine deutliche Seheinschränkung und beinahe die Hälfte der über Neunzigjährigen waren dauerhaft in ihrer Sehfähigkeit beeinträchtigt. (Spring, 2012) Auch in Zukunft wird ein weiterer Anstieg von sehbeeinträchtigten Menschen erwartet. So ist laut dem SZBLIND aufgrund der Bevölkerungsprognosen vom Bundesamt für Statistik für 2022 und 2032, unter der Berücksichtigung der zu erwartenden zukünftigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten mit dem «Mittlere[n] Szenario» (s.15), ein weiterer Anstieg der Prävalenz in der Schweiz zu erwarten. So ist bis 2022 mit 84'000 und bis 2032 erneut mit weiteren 35'000 hinzukommenden sehbeeinträchtigten Menschen zu rechnen. (Spring, 2012) Dieser Anstieg ist aufgrund mehrerer Faktoren zu erwarten. Beispielsweise führt die zunehmende Lebenserwartung dazu, dass in Zukunft mehr Menschen ein höheres Alter erreichen werden, wodurch entsprechend auch mehr Menschen mit einer altersbedingten Sehbehinderung leben werden (Seifert & Schelling, 2017). Zusätzlich kommt die Generation der sogenannten «Babyboomer», die Nachkriegsgeneration zwischen 1950 und 1970 mit sehr hoher Geburtenrate, ins Pensionsalter. Rund Fünf Prozent von ihnen hat bereits eine Sehbeeinträchtigung und bei mindestens einem Fünftel dieser Personen werden in den kommenden 20-30 Jahren weitere altersbedingte Sehbeeinträchtigungen auftreten. (Spring, 2012).

### **1.1.2 Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen**

Sehbeeinträchtigungen, welche sich erst im Laufe längerer Zeit entwickeln, ziehen viele Folgen für die Betroffenen, deren Leben und ihr Umfeld mit sich. In einem Projekt der Universität Zürich namens «COVIAGE» («Coping with visual impairment in old age») von Seifert und Schelling (2017) wurde die Lebenssituation von Menschen in der Schweiz mit einer altersbedingten Sehbehinderung erfasst. Laut dieser Studie verändert sich der Tagesablauf der Betroffenen mit der Sehbehinderung stark, da für die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs\*) mehr Zeit aufgewendet werden muss und gewisse Dinge nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können. Die Mobilität wird eingeschränkt und das Aufrechterhalten sozialer Kontakte zunehmend schwieriger. Die Forschenden zeigen auf, dass Betroffene viele bedeutsame Betätigungen\* nicht mehr so wie früher ausüben können und die

Situation so einen starken Einfluss auf ihre Lebensqualität hat. Sie sind auf die Hilfe von Angehörigen oder Fachpersonen angewiesen (Seifert & Schelling, 2017).

Auch in zahlreichen Untersuchungen aus anderen Ländern wurde festgestellt, dass Sehbeeinträchtigungen einen Einfluss auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs\*) der Betroffenen haben und sie einschränken (Kaldenberg, Markowitz, Markowitz & Markowitz, 2011; Livengood & Baker, 2015; Perlmutter et al., 2013; Skelton et al., 2013; Walter, Althouse, Humble, Smith & Odom, 2007).

Eine solche Einschränkung der Betätigungen\* kann im ICF-Modell, das im Abschnitt «Bedeutung der ICF für die Arbeit» im Teil Zusammenfassung der Ergebnisse genauer erläutert wird, auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene eingeordnet werden. Die Gesundheit, die Aktivitäten\* und Teilhabe\*, sowie die Körperfunktionen\* und -strukturen\* und die Umwelt- und personbezogenen Faktoren\* stehen gemäss dem ICF miteinander in Wechselwirkung (Schuntermann, 2004). Davon lässt sich ableiten, dass diese Einschränkungen in den Betätigungen\* ihrerseits wieder negative Auswirkungen auf Körperfunktionen\* und -strukturen\* der Betroffenen und ihre personbezogenen Faktoren\* haben können. Diese Wechselwirkung kann sich verstärken und die Lebensqualität negativ beeinflussen.

Um dem entgegenzuwirken, kann es für die Betroffenen laut Seifert und Schelling (2017) hilfreich sein, wenn sie sich proaktiv Bewältigungsstrategien antrainieren und ihre Verhaltensweise im täglichen Leben adaptieren. Darin können sie durch professionelle Hilfestellungen und Beratungen, sowie Hilfen aus ihrem sozialen Umfeld unterstützt werden (Seifert & Schelling, 2017).



## 1.2 Theoretischer Hintergrund

### 1.2.1 Unterstützung durch verschiedene Professionen

In diesem Abschnitt wird auf die bereits vorhandenen Hilfsangebote für Menschen mit Sehbehinderung sowie die Ergotherapie in diesem Bereich eingegangen. Die aktuell am häufigsten genutzten Hilfsangebote für Menschen mit Sehbehinderung in der Schweiz sind nebst Optikerinnen und Optikern (ca. 1100 Betriebe in der Schweiz mit ungefähr 3700 ausgebildeten Berufstätigen (Optics Swiss Suppliers Association, 2013)), sowie Augenärztinnen und Augenärzten die Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen (Seifert & Schelling, 2017). Von letzteren gibt es in der Schweiz aktuell circa 51, welche hauptsächlich für blinde, sehbehinderte, hörsehbehinderte oder taubblinde Menschen eintreten («Die Mitgliedorganisationen des SZBLIND», 2018). In diesen Stellen und Organisation arbeiten in der Deutschschweiz meistens Personen aus der Heilpädagogik, Sozialpädagogik oder Sozialen Arbeit, welche sich häufig zur sehbehindertenspezifischen «Rehabilitationsfachkraft» weitergebildet haben (Heussler & Borle, 2014). In dieser Weiterbildung existieren folgende drei Fachrichtungen:

Die Fachkräfte für «Orientierung und Mobilität» (auch O&M Lehrerinnen und Lehrer genannt) konzentrieren sich auf die Bewegung und Orientierung und erarbeiten mit ihrer Klientel Orientierungsmethoden und -strukturen. Zudem werden mögliche Hilfsmittel zur Bewegung und Orientierung abgeklärt und in der Handhabung eingeübt. («Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft», 2018) Ihre Handlungskompetenzen liegen darin, die Klientel bezüglich der Sehbehinderung und dem Umgang damit zu informieren, sie «in den O&M-Strategien und O&M-Techniken [zu] unterrichten», «Hilfsmittel ein[zu]setzen» und «Fachpersonen und das Umfeld der Betroffenen [zu] schulen» (s.20). Weiter liegt es in ihrer Kompetenz, die «öffentliche und private Hand bei Bau- und Verkehrsplanungsfragen [zu] beraten» (SZBLIND, 2018c s.20). In der Schweiz sind aktuell 38 Personen mit dieser Ausbildung berufsausübend (SZBLIND, 2019a). In anderen Ländern wird dieser Beruf auch als «Orientation and Mobility Specialist» bezeichnet (ACVREP, 2019a). «Low Vision»-Fachkräfte (auch Low Vision-Trainerinnen und -Trainer genannt) setzen sich damit auseinander, wie das noch vorhandene Sehvermögen, zum Beispiel durch optische Hilfsmittel, unterschiedliche Beleuchtungen oder die Technik des exzentrischen Sehens, optimiert weitergenutzt werden kann. Die Benutzung dieser Hilfsmittel und Strategien üben sie im Rahmen von Trainings mit den

Betroffenen in dessen Umfeld. («Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft», 2018) Sie können ihre Klientel ebenfalls bezüglich der Sehbehinderung und dem Umgang damit informieren, «Low-Vision-Abklärungen und -Trainings durchführen», «Hilfsmittel einsetzen», sowie «Fachpersonen und das Umfeld der Betroffenen schulen» (SZBLIND, 2018c s.18). In der Schweiz sind 83 Personen mit dieser Ausbildung berufsausübend (SZBLIND, 2019b). Dieser Beruf existiert auch in weiteren Ländern und wird in der USA als «Low Vision Therapist» bezeichnet (ACVREP, 2019b).

Fachpersonen für «Lebenspraktische Fähigkeiten» (auch LPF-Lehrerinnen und Lehrer genannt) setzen sich mit Strategien und Hilfsmitteln für die alltäglichen Tätigkeiten der Betroffenen auseinander. Dabei knüpfen sie an den bisherigen Erfahrungen sowie den Wünschen der Betroffenen an («Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft», 2018). Auch sie können ihre Klientel bezüglich der Sehbehinderung und dem Umgang damit informieren, «Hilfsmittel einsetzen» und «Fachpersonen sowie das Umfeld der Betroffenen schulen» (s.19). Weiter können sie ihre Klientel «in alltäglichen Lebensverrichtungen unterrichten» oder ihnen «den Umgang mit elektronischen Hilfs- und Kommunikationsmitteln vermitteln» (SZBLIND, 2018c s.19). In der Schweiz sind aktuell 24 Personen mit dieser Ausbildung berufsausübend (SZBLIND, 2019c). Dieser Beruf existiert auch in den USA, wo er als «Vision Rehabilitation Therapist» bezeichnet wird (ACVREP, 2019c).

Die Fachrichtungen Low Vision und Orientierung und Mobilität haben für die Abrechnung Tarifverträge mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) abgeschlossen, während die Fachrichtung Lebenspraktische Fähigkeiten über keinen Tarifvertrag verfügt (SZBLIND, 2018d).

### **1.2.2 Bezug zur Ergotherapie**

Ergotherapie ist eine Gesundheitsprofession, welche klientenzentriert Betätigungen\* ermöglichen und so die Gesundheit und das Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten verbessern möchte. In der Zusammenarbeit mit der Klientel werden Fähigkeiten verbessert, damit wichtige tägliche Aufgaben selbstständig ausgeführt werden können. Zur Ermöglichung dessen können auch die Aufgaben und die Umwelt, in welcher diese Aufgaben stattfinden, gemeinsam analysiert und angepasst werden. Das Hauptziel liegt darin, dass die Menschen befähigt werden, an den für sie bedeutenden und wichtigen Aktivitäten des Alltags zu partizipieren (WFOT,

2010). Dementsprechend fasst auch die AOTA (American Occupational Therapy Association) das Ziel der Ergotherapie wie folgt zusammen: «Achieving health, well-being, and participation in life through engagement in occupation» («Occupational Therapy Practice Framework», 2014 S. 4).

ET`s sind somit Fachpersonen für das Ermöglichen und Üben von Alltagsbetätigungen. Alltagsbetätigungen sind für Menschen mit Sehbehinderungen eine grosse Schwierigkeit (Liu, Brost, Horton, Kenyon & Mears, 2013). Deshalb ist die Hypothese der Verfasserinnen, dass die Ergotherapie sich in diesem Berufsfeld vor allem im Bereich der Aktivitäten und Partizipation\* profiliert. In der Schweiz arbeiteten im Jahr 2010 ungefähr 2`333 ET`s (Vollzeitäquivalent 1`610), davon 1`529 (Vollzeitäquivalent 1`087) in der Deutschschweiz (Rüesch et al., 2014).

### **1.2.3 Problemstellung**

Seit kurzem arbeiten in der Zürcher Sehhilfe die ersten zwei Ergotherapeutinnen im Kanton Zürich, die angestellt in einer Beratungsstelle ergotherapeutische Leistungen für blinde und sehbehinderte Menschen anbieten und diese über die Krankenkasse abrechnen. Diese zwei Ergotherapeutinnen haben die Studentinnen auf das Thema für diese Bachelorarbeit aufmerksam gemacht und fungieren dadurch als Praxispartnerinnen der Verfasserinnen. Neben unseren Praxispartnerinnen gibt es auch in Bern eine Beratungsstelle vom «Blinden- und Behinderten-zentrum Bern», welche ebenfalls Angestellte mit der Grundausbildung für Ergotherapie hat (Blinden- und Behinderten-zentrum Bern, o. J.-a). Teilweise werden auch dort Leistungen über die Krankenkasse abgerechnet (Blinden- und Behinderten-zentrum Bern, o. J.-b). Da die Ergotherapie durch Krankenkassen abgerechnet werden kann und somit nicht direkt von einer staatlichen Finanzierung abhängig ist (Heussler & Borle, 2014), kann mit der Integration der Ergotherapie in eine Beratungsstelle eine weitere Finanzierungsmöglichkeit geprüft werden. Die Ergotherapie ist jedoch in der Schweiz, besonders in der Deutschschweiz nur sehr wenig in diesem Fachgebiet vertreten (EVS-ASE, 2015; Heussler & Borle, 2014; Moroszlay, 2016). Im Jahre 2016 arbeiteten in den sieben Beratungsstellen und Ambulatorien für Sehbehinderung in der Westschweiz hauptsächlich ET`s, während in Bern gerade fünf ET`s und in der gesamten restlichen Deutschschweiz keine ET`s in kantonalen Beratungs- und Rehabilitationsstellen angestellt waren (Moroszlay, 2016). Mit der bevorstehenden demographischen Entwicklung aber wird es im Gesundheitswesen zunehmend schwieriger werden, die verschiedenen Angebote mit Fachkräften abzudecken

(Rüesch et al., 2014). Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass dies auch für Beratungsstellen für blinde und sehbehinderte Menschen gilt.

In den letzten zwanzig Jahren wurde in anderen Ländern viel zur Wirksamkeit der Ergotherapie in der Arbeit mit Erwachsenen mit Sehbehinderung geforscht. Aus der Sicht der Ergotherapie sind vor allem die Reviews der AOTA nennenswert, welche ergotherapeutische Interventionen in verschiedenen Lebensbereichen der Betroffenen beschreiben und deren Wirksamkeit darlegen (Berger, McAteer, Schreier & Kaldenberg, 2013; Justiss, 2013; Liu et al., 2013; Smallfield, Clem & Myers, 2013). Zudem existiert eine Guideline zu ergotherapeutischen Interventionen im Fachbereich der Sehbehinderung von der AOTA (Kaldenberg & Smallfield, 2013). Somit wurde die Wirksamkeit von einem breiten Interventionsspektrum für die Ergotherapie bereits dargelegt. Entsprechend liegt in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf Interventionen, die für die ergotherapeutische Arbeit in einem interprofessionellen\* Team empfohlen werden.

In diversen Studien wird häufig betont, wie wichtig es ist, dass interprofessionell\* zusammengearbeitet wird. So werden beispielsweise in einer Review zu ergotherapeutischen Interventionen für Erwachsene mit Sehbehinderung zur Verbesserung der Performanz von Alltagsaktivitäten zuhause interprofessionelle\* Behandlungsansätze empfohlen (Liu et al., 2013). Verschiedene interprofessionelle\* Programme wurden dem entsprechend bereits in Form von Studien auf ihre Wirksamkeit getestet und meist als wirksam eingestuft (van der Aa et al., 2015; Campbell et al., 2005; Girdler, Boldy, Dhaliwal, Crowley & Packer, 2010; McCabe, Nason, Demers Turco, Friedman & Seddon, 2000; Pankow, Luchins, Studebaker & Chettleburgh, 2004; Walter et al., 2007).

In der Schweiz stehen jedoch zur interprofessionellen\* Zusammenarbeit viele Fragen offen. Da sich die Ergotherapie erst seit so kurzer Zeit und nur langsam in dieses Fachgebiet einfügt, sind die Kompetenzen und Aufgaben für die beteiligten Fachkräfte sowie für Aussenstehende noch unklar. Wo hört die Arbeit der einen Berufsgruppe auf und wo beginnt die Arbeit der anderen? Welche Kompetenzen liegen bei wem? Gemäss der Praxispartnerinnen ist es in der Praxis noch häufig unklar, was die Aufgabe und Kompetenzen der Ergotherapie im interprofessionellen\* Team sind.

Solche Fragen stellen einen Mangel an gegenseitiger Information und Wissen dar und erschweren die Zusammenarbeit verschiedener Professionen (Atkinson,

Crawford & Ward, 2006). Unsicherheiten können aber behoben werden, indem die Kompetenzen aller Mitarbeitenden erkannt und benannt werden. Dies führt zudem zu einem besseren Vertrauen. (Atkinson et al., 2006)

Klarheit über die Aufgaben ist auch gemäss Berger, McAteer, Schreier und Kaldenberg (2013) wesentlich, um ein geeignetes Versorgungskonzept für die Betroffenen gewährleisten zu können (Berger et al., 2013). Deshalb ist es essentiell, dass die ET`s die Kompetenzen und Aufgaben von allen Teammitgliedern im Arbeitsfeld mit Menschen mit Sehbehinderung kennen und verstehen. Dies, um eine effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen und optimal auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten im Bereich der Freizeit und sozialer Teilhabe\* eingehen zu können (Berger et al., 2013). Ebenso ist es wichtig, dass Angehörige anderer Berufe die Kompetenzen und Aufgaben der ET`s kennen. Auch in der Schweiz hat dieses Wissen über alle involvierten Berufsgruppen eine sehr hohe Bedeutsamkeit. Vor allem, da die Arbeit der Rehabilitationsfachkräfte, welche bereits über reichlich Erfahrung in diesem Arbeitsgebiet verfügen, in gewissen Aspekten stark derjenigen der Ergotherapie ähnelt.

In den Studien zu interprofessionellen\* Programmen (van der Aa et al., 2015; Campbell et al., 2005; Girdler et al., 2010; McCabe et al., 2000; Pankow et al., 2004; Walter et al., 2007) wird jeweils nur kurz genannt, welche Profession welche Interventionen durchgeführt hat. Zudem geben die einzelnen Studien nur wenige Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie an. Eine übergreifende Auflistung der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie im interprofessionellen\* Setting fehlt. In der Guideline «Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision» (Kaldenberg & Smallfield, 2013) wird zwar die Interprofessionelle\* Zusammenarbeit in einem kleinen Abschnitt erwähnt. Darin sind die Rollen der Ophthalmologinnen und Ophthalmologen\*, Optikerinnen und Optiker, Fachkräfte für «Orientierung und Mobilität», «Low Vision»-Fachkräfte sowie Lehrpersonen für Kinder mit Sehbehinderung in jeweils ein bis drei Sätzen zusammengefasst (Kaldenberg & Smallfield, 2013). Die Quellen dieser Informationen stammen jedoch aus den Jahren zwischen 1997 und 2007 und sind somit nicht mehr aktuell. Auch auf die Kompetenzen der Ergotherapie dabei wird kaum eingegangen. In einem anderen Kapitel der Guideline, «Occupational Therapy Services for Organizations and Populations», gibt es eine kurze Auflistung von möglichen Arbeitsweisen von ET`s im Setting mit sehbehinderten älteren Menschen (Kaldenberg & Smallfield, 2013). Hier

fehlen jedoch Quellen. Somit deckt diese Guideline den nötigen Informationsbedarf für die Schweiz nicht ab.

Aufgrund dieser einerseits vielseitig vorhandenen, andererseits doch nicht immer vollständigen Quellen und den von unseren Praxispartnerinnen genannten Schwierigkeiten, die Kompetenzen und Aufgaben in diesem Fachbereich für die Ergotherapie in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsfachkräften zu definieren, wurde die folgende Fragestellung als Schwerpunkt für diese Bachelorarbeit definiert.

### **1.3 Fragestellung**

Welche Kompetenzen und Aufgaben kann die Ergotherapie – bezogen auf die Schweiz – in die interprofessionelle Rehabilitation bei, im Erwachsenenalter aufgetretenen, chronischen Erkrankungen des Auges einbringen?

### **1.4 Zielsetzung**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie in der interprofessionellen Rehabilitation von Erwachsenen mit Sehbehinderung in der Schweiz zu eruieren.

### **1.5 Begriffsdefinitionen**

Es gibt verschiedenste Begriffe, welche mit einer eingeschränkten Sehfähigkeit in Verbindung gebracht werden (Binns et al., 2012). Sei dies Sehbehinderung, Sehschädigung, praktische Blindheit oder Sehschwäche, die alle bezüglich der konkreten Sehfähigkeit kaum aussagekräftig sind (BSVSB, o. J.). Auch in Fachkreisen der Schweiz werden die Begriffe der Sehbehinderung und -schädigung nicht einheitlich verwendet (Spring, 2012). In dieser Arbeit wird, entsprechend dem Kompetenzzentrum für Sehbehinderung im Alter (KISA), einerseits von **Sehbeeinträchtigung** gesprochen, wenn es um Funktionseinbussen bei einer Person mit Sehschädigung geht. Andererseits wird, ebenfalls entsprechend des KISAs, von **Sehbehinderung** gesprochen, wenn es sich um eine Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt aufgrund der Seheinschränkungen handelt (Heussler, 2018), sprich wenn es um die Auswirkungen der Seheinschränkung und möglicherweise der Umwelt auf die Person und / oder deren Umwelt geht und die Einschränkungen im Alltag im Zentrum stehen.

Ein weiterer Begriff, der zu definieren ist, ist der Begriff der «**Kompetenz**». In dieser Arbeit wird der Kompetenzgriff nach Schweizer (2006) verwendet. Dieser empfiehlt,

den Kompetenzbegriff aus einer Kombination von drei bestimmten Definitionen zu beschreiben. Die erste Definition besagt, dass Kompetenzen generelle kognitive Leistungsdispositionen sind und Menschen dadurch die unterschiedlichsten Aufgaben bewältigen können. In der zweiten Definition wird genannt, dass Kompetenzen kontextspezifische kognitive Leistungsdispositionen sind, welche sich funktional auf eine bestimmte Gruppe von Aufgaben und Anforderungen beziehen. Und drittens die Definition, dass Kompetenzen die motivationale Orientierung sind, welche von Nöten sind, um anspruchsvolle Aufgaben bewältigen zu können. Allgemein beziehen sich Kompetenzen auf die Anforderungen eines spezifischen Handlungsfeldes (Schweizer, 2006), sprich im vorliegenden Fall auf die Ausübung des Berufes. Im Rahmen dieser Arbeit bezeichnen Kompetenzen die Fähigkeit einer spezifischen Berufsgruppe, Interventionen im Kontext der interprofessionellen\* Zusammenarbeit zu planen und durchzuführen. Von den Kompetenzen sind die spezifischen Aufgaben einer Berufsgruppe abgeleitet.

In dieser Arbeit wird die **interprofessionelle Rehabilitation** für das Sehbehindertenwesen entsprechend des englischen Fachbegriffes («Low Vision Rehabilitation» oder generell «Vision Rehabilitation») als **Sehbehindertenrehabilitation** bezeichnet. Die Sehbehindertenrehabilitation wurde entwickelt, um die Sehfähigkeit beziehungsweise das nutzbare Sehvermögen zu verbessern, oder die benötigte Sehfähigkeit für Aktivitäten zu reduzieren (Walter et al., 2007). Betroffene können im Rahmen der Sehbehindertenrehabilitation beispielsweise mithilfe von Technologien und Techniken darin unterstützt werden, sehleistungsabhängige Aufgaben besser ausführen zu können (Kaldenberg et al., 2011). Es ist das Ziel der Sehbehindertenrehabilitation, den Effekt der funktionellen Sehbeeinträchtigung zu reduzieren und einen eigenständigen Lebensstil zu fördern (Walter et al., 2007). Damit soll die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden (Pizzimenti, 2003). Die Sehbehindertenrehabilitation ist laut Kaldenberg et al. (2011) ein Arbeitsgebiet, in welchem die besten Ergebnisse erzielt werden, wenn mehrere Professionen zusammen in einem Team arbeiten.

## 2 Methodik

### 2.1 Datenbankrecherche

Die Fragestellung sollte anhand einer Literaturrecherche beantwortet werden. Die Literatur wurde in den Datenbanken AMED, CINAHL, OTseeker und PubMed gesucht. Diese sind für eine Literatursuche in der Ergotherapie empfohlen (ZHAW, o. J.-a). Die Suche fand zwischen Dezember 2018 und Januar 2019 statt. Dabei wurden die einzelnen Datenbanken auf zwei Personen aufgeteilt und jeweils mit einer strukturierten Vorgehensweise durchsucht.

In der Datenbank PubMed begann die Suche mit Schlagwörtern, um einen allgemeinen Überblick über vorhandene Literatur zum Thema zu gewinnen. Anschliessend wurde die Recherche durch eine Keyword-Suche ergänzt, um präzise Inhalte zu finden. Verwendete Keywords waren beispielsweise «low vision», «competence», «function», «role», «occupational therapy», «occupational therapists», «interdisciplinary» und «adults». Eine ausführliche Auflistung der Keywords ist in der Tabelle 3 im Anhang zu finden. Bei der Suche wurde systematisch vorgegangen, sodass alle Keywords in jeglichen Kombinationen verwendet wurden. Boolesche Operatoren\* und Trunkierungen\* wurden auf dieser Datenbank im Eingabefeld nicht verwendet, da die Datenbank automatisch die Suchwörter mit ähnlichen Suchwörtern ergänzt (Blümle, Lagrèze & Motschall, 2018). Auch auf der Datenbank CINAHL wurde das Schlagwortregister genutzt, um einen Überblick über vorhandene Literatur zu schaffen. Anschliessend wurde die Suche durch eine systematische Keyword-Suche fortgesetzt. Die Keywords wurden mit Booleschen Operatoren\* und Trunkierungen\* ergänzt, um eine präzise Suchanfrage zu formulieren. Auch auf den übrigen Datenbanken, AMED, OTDbase und OTseeker, wurde mit Keywords gesucht. Diese wurden systematisch verwendet und mit Booleschen Operatoren\* und Trunkierungen\* kombiniert. Die Suchverläufe inklusive Keywords, Booleschen Operatoren\*, Trunkierungen\*, sowie die verwendeten Datenbanken mit Trefferangaben sind in der Tabelle 6 «Suchmatrix» im Anhang einzusehen. Dort ist zu sehen, dass Studien mit Erscheinungsjahr vor 2000 bereits in der Suche ausgeschlossen wurden.



## 2.2 Selektionsprozess

Mithilfe der Literaturrecherche konnten 21 Quellen mit passenden Titeln und Abstracts gefunden werden. Die Volltexte dieser Quellen wurden anschliessend mit dem Augenmerk auf den Methoden- und Ergebnisteil quergelesen, und überprüft, ob sie den zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. Eine kurze Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien ist in der Tabelle 1 zu finden. Eine ausführlichere Auflistung ist im Anhang in Tabelle 4 zu finden.

*Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien*

		<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Population</b>	Alter der Studienteilnehmenden	über 18 Jahre	unter 18 Jahren
	Hauptdiagnose	Sehbeeinträchtigung durch chronische Erkrankung	Sehbeeinträchtigung nicht durch chronische Erkrankung, beispielsweise durch Hirnverletzung
<b>Intervention</b>	Involvierte Berufe	Ergotherapie im interprofessionellen Team beteiligt	Monoprofessionelle Arbeit der Ergotherapie Oder: die Ergotherapie ist nicht im interprofessionellen Team beteiligt
	Nachvollziehbarkeit der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie	Konkrete und ausführliche Beschreibung	Keine oder zu kurze Beschreibung
<b>Setting</b>	Gesundheitssystem	Ähnliches Gesundheitssystem wie die Schweiz	
	Erscheinungsjahr	In den letzten 15 Jahren erschienen (2005-2019)	Vor 2005 erschienen
<b>Literaturgattung</b>	Methodenteil	Studie oder Review mit Methodenteil	Positionspapiere oder Tertiärliteratur ohne Methodenteil

Wie in der untenstehenden Abbildung zu sehen ist, wurden 18 Quellen nach dem Lesen ausgeschlossen, da sie nicht den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Diese sind in der Suchmatrix im Anhang «Tabelle 6» grau hinterlegt.

In der Abbildung 1 wird kurz der Selektionsprozess zu den Hauptstudien dargestellt. Für eine ausführlichere Darstellung mit Referenzen der ausgeschlossenen Studien ist die Abbildung 3 im Anhang zu beachten.

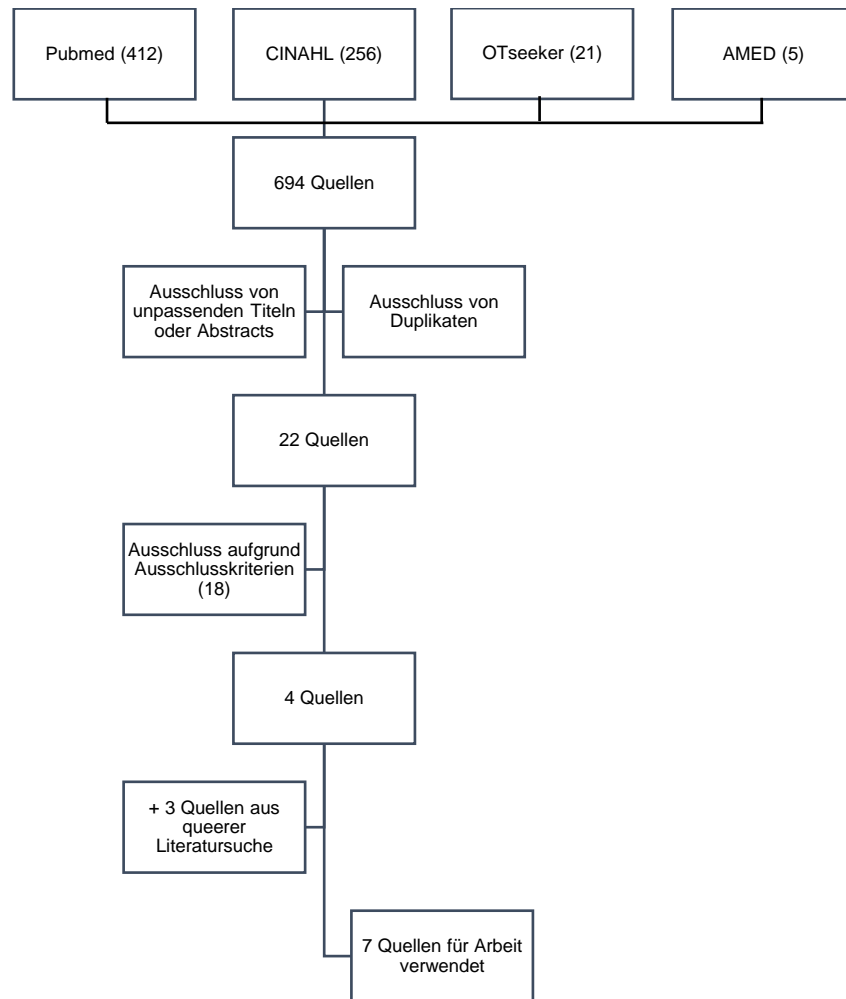


Abbildung 1: Selektionsprozess

Folgende sieben Hauptquellen wurden aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien gewählt und werden im Ergebnisteil zusammengefasst und gewürdigt.

Berger, S., McAteer, J., Schreier, K. & Kaldenberg, J. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67 (3), 303–311.

Liu, C.-J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B. & Mears, K. E. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67 (3), 279–287.

Smallfield, S., Clem, K. & Myers, A. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67 (3), 288–295.

Campbell, A. J., Robertson, M. C., Grow, S. J. L., Kerse, N. M., Sanderson, G. F.,

- Jacobs, R. J. et al. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged  $\geq 75$  with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 331 (7520), 817–820.
- Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., Leiby, B. E., Ho, A. C. et al. (2014). Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology*, 121 (11), 2204–2211.
- Copolillo, A., Warren, M. & Teitelman, J. L. (2007). Results from a Survey of Occupational Therapy Practitioners in Low Vision Rehabilitation. *Occupational Therapy in Health Care*, 21 (4), 19–37.
- Molitor, W. L. & Mayou, R. (2018). The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 36 (1), 54–71.

### **2.3 Evaluationsinstrumente**

Die Quellen wurden mit verschiedenen Beurteilungsinstrumenten auf ihre Güte überprüft. Studien wurden mithilfe des AICA Beurteilungsbogens nach Ris & Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst und beurteilt. Zuerst wurden die Leitfragen einzeln beantwortet. Anschliessend wurde der Text abschnittsweise in einen Fliesstext umformuliert. Zur Beurteilung von einer der Hauptstudien (von Molitor & Mayou, 2018), welche ein Mixed-Methods-Design\* aufweist, wurden sowohl die Leitfragen für die Beurteilung qualitativer sowie auch diese für die Beurteilung quantitativer Studien beigezogen. Reviews wurden mit dem CASP vom Public Health Resource Unit (2006) auf ihre Güte geprüft. Dieses Instrument wurde wissenschaftlich geprüft und als geeignet empfunden (Voss & Rehfuss, 2013). Sowohl das AICA als auch das CASP wurden zur einfacheren Anwendung im Microsoft Word von den Verfasserinnen leicht in der Formatierung abgeändert.

Falls in einer Review Informationen nicht klar ersichtlich waren, wurden die betroffenen Hauptstudien quergelesen. Dies wurde vor allem gemacht, wenn nicht klar war, ob die Intervention durch die Ergotherapie oder durch eine andere Profession durchgeführt wurde. Auch musste bei einigen interprofessionellen\* Programmen nachgelesen werden, was die Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie waren.

### 3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der sieben Hauptquellen zusammengefasst. Die Quellen werden anhand der Beurteilungen nach CASP und AICA gewürdigt. Die komplett ausgefüllten Beurteilungsbogen sind im Anhang im Abschnitt «Kritische Würdigung Hauptquellen» zu finden.

#### 3.1 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Berger et al., 2013)

##### 3.1.1 Zusammenfassung

**Ziel und Studiendesign:** Das Ziel dieses Reviews war es, mithilfe einer Literatursuche die Evidenz über die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen zur Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit in der Freizeit und der sozialen Teilhabe\* von älteren Erwachsenen mit Sehbehinderung zu untersuchen.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Literatursuche wurde auf fünf Datenbanken, zusammengefassten Informationsquellen (z.B. Cochrane Database of Systematic Reviews), in Referenzlisten involvierten Studien und in ausgewählten Zeitschriften durchgeführt. Es wurden klare Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich Sprache (Englisch), Alter der Literatur (nicht vor 1990) sowie Evidenzlevel definiert. Nach einer umfassenden Selektion wurden 13 quantitative Studien, davon 9 Randomized Controlled Trials\* gewählt. Die Artikel wurden überprüft und in einer Evidenztabelle zusammengefasst. Die Review-Autorinnen führten zudem ein «Critically Appraised Topic» (CAT)\* durch.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Für den Ergebnisteil wurden vier Themen herausgearbeitet: der Problemlösungsansatz, eine Kombination von Dienstleistungen, Kompetenztraining, Hausbesuche sowie Umwelthanpassungen. Der Problemlösungsansatz hat starke Evidenz. Werden Klientinnen und Klienten in Problemlöseprozessen unterstützt, können sie bedeutungsvolle Betätigungen\* länger aufrechterhalten, und verbessern ihre Selbstwirksamkeit. Die Symptome von Depressionen werden reduziert. Weiter empfehlen die Autorinnen mit dem Prädikat «moderate Evidenz», eine Kombination von Dienstleistungen sprich einen interprofessionellen\* Ansatz anzubieten. Mögliche Aufgaben der ET`s können die Anpassung der Umgebung oder der Aufgaben (z.B. das Verbessern der

Beleuchtung) und die Vermittlung von angepassten visuellen Techniken (wie z.B. exzentrisches Sehen\* oder das Verwenden von Vergrößerungen) sein. Auch die Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse der Klientel durch Erleichterung der Teilnahme an Betätigungen\* oder die Weiterverweisung an eine Selbsthilfegruppe wird empfohlen. Zu weiteren Themen wie das Kompetenztraining sowie Hausbesuche und Umwelthanpassungen sei die Evidenz hinsichtlich der Ergebnisse gemischt. Es wird schlussgefolgert, dass spezifische Interventionen im Rahmen der Ergotherapie bei der Förderung der Freizeit und sozialen Teilhabe\* älterer Erwachsener, die mit Sehverlust leben, wirksam sind. Es wird darauf hingewiesen, dass weiterhin Forschung nötig ist, vor allem in den Bereichen Kompetenztraining, Hausbesuche und Umwelthanpassungen, um die Evidenzlage weiter zu klären.

### **3.1.2 Kritische Würdigung**

**Ziel:** Die Zielsetzung ist klar und praxisrelevant.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Suche ist sehr breit, da neben fünf Datenbanken auch zusammengefasste Informationsquellen (z.B. Cochrane Database of Systematic Reviews), Referenzlisten von involvierten Studien und Zeitschriften durchsucht wurden. Der Zugang zu unveröffentlichten Studien wird nicht beschrieben. Die Literatur stammt aus dem Zeitraum ab dem Jahr 1990, wodurch sie teilweise veraltet sein könnte.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Laut Aussage der Autorinnen «bewerten die enthaltenen Studien Interventionsansätze, die im Bereich und Umfang der Praxis der Ergotherapie liegen» (S. 303). Die Interventionen werden in den Studien jedoch nicht immer von ET`s durchgeführt. Lediglich in vier der dreizehn miteinbezogenen Studien ist die Ergotherapie mit involviert, in zwei Studien wird nicht genannt, welche Profession die Intervention durchführt und in sieben Studien werden die Interventionen von anderen Berufsgruppen durchgeführt. Diese niedrige Zahl könnte daher kommen, dass zu wenig ergotherapiespezifische Literatur auf die gestellte Frage bezogen existiert. Leider fehlen Empfehlungen hinsichtlich der Interventionsdurchführung im interprofessionellen\* Team. Die Ergebnisse der involvierten Studien, sowie die Ergebnisse der Review werden in der gesamten Quelle verständlich und nachvollziehbar beschrieben. Jedoch sind sie nicht mit Zahlen untermauert.

**Anmerkungen:** Die Patienten der in der Review involvierten Studien haben mehrheitlich die Diagnose Altersbedingte Makuladegeneration (AMD\*). Dies ist eine in der Praxis, auch in der Schweiz häufig vorkommende Klientel. Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar.

### **3.2 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Liu et al., 2013)**

#### **3.2.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** Die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Massnahmen für ältere Erwachsene mit Sehbehinderung zur Aufrechterhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistung in ADLs\* und IADLs\* zu Hause sollte anhand dieser Review ermittelt werden.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Literatursuche wurde in derselben Form wie in «Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Kapitel 3.1.1) durchgeführt. Nach einer umfassenden Selektion wählten die Autorinnen 17 Studien aus. Neun der miteinbezogenen Studien sind Level I RCTs (Randomised Controlled Trials)\*, weitere fünf Studien wurden ins Evidenz-Level II eingeteilt und drei Studien wurden ins Evidenzlevel III eingestuft. Die Studien wurden nach derselben Vorgehensweise wie in «Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (in Kapitel 3.1.1 zu finden) zusammengefasst und gewürdigt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der Review wurden in drei Themen eingeteilt: «Mehrkomponenten-Intervention», «Einkomponenten-Intervention» und «multidisziplinäre Intervention».

«Mehrkomponenten-Interventionen» sind aufgrund der Ergebnisse der effektivste Ansatz. Die beschriebenen Interventionen sind alle ähnlich. Sie beinhalten betätigungsorientiertes Informations- und Kompetenztraining. Diese Programme werden häufig in Form von Gruppeninterventionen durch die Ergotherapie oder eine andere Profession durchgeführt. Die Interventionen beinhalten Information über Sehbehinderungen und vorhandene Ressourcen. Es werden Fachpersonen eingeladen, die Informationen zu spezifischen Themen geben. Die Verwendung von Hilfsmitteln sowie die Problemlösefähigkeiten werden geschult, damit die Klientel Strategien kennt, um mit verschiedenen Alltagssituationen umzugehen.

Im Abschnitt «Einkomponenten-Interventionen» werden Studien beschrieben, welche die Wirksamkeit von einheitlichen Interventionen wie Trainingssitzungen im Umgang mit «Low Vision-Geräten» oder exzentrischem Sehen aufzeigen. Es ist jedoch nicht ersichtlich, welche Profession diese Intervention durchgeführt hat.

Das dritte Thema, die «multidisziplinäre Interventionen», wird als sehr effektiv beschrieben. Studien zu verschiedenen multidisziplinären Low Vision-Rehabilitationsteams werden erläutert. In der Studie von Boer et al. (2006) führen ET's Trainings in Aktivitäten des täglichen Lebens durch. In der Studie von McCabe et al. (2000) wird die Wirkung des Miteinbezugs der Familie in ein interprofessionelles\* Programm überprüft. Die Aufgaben der Ergotherapie sind dabei vielfältig: Erfassung und Training von Techniken zur «Substitution» von Sehvermögen, der Körperhaltung, des Gelenkschutzes, «Energieeinspar-Techniken» sowie auch Vereinfachung der Betätigungen\*. Hinzu kommen auch Umweltpassungen wie beispielsweise bessere Strukturierung und die Schulung im Umgang mit «optischen und nicht-optischen Geräten».

Am Ende der Review wird schlussgefolgert, dass die beschriebenen Interventionen empfohlen werden, jedoch noch mehr Forschung nötig sei, welche die Ergotherapie als Profession in diesem Arbeitsfeld bestätigt.

### **3.2.2 Kritische Würdigung**

**Ziel:** Die Zielsetzung ist klar und praxisrelevant.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Menge an Literatur, die auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurde, ist besonders durch das Hinzuziehen der Suchresultate einer anderen wissenschaftlichen Arbeit sehr gross. Die schlussendlich verwendeten Studien wurden in einer Tabelle zusammengefasst. Dort fehlen jedoch einige Informationen, wie beispielsweise die Herkunft der Studien. Nur in 6 der 17 Hauptstudien ist die Ergotherapie namentlich erwähnt. In den anderen ist unklar, wer die Interventionen durchgeführt hat oder sie sind ausschliesslich von anderen Berufsangehörigen durchgeführt worden. Die beschriebenen Interventionen sind aber mit dem Berufsbild der Ergotherapie vereinbar. Im Ergebnisteil sind die Überthemen sehr breit gewählt, wodurch ein schneller Überblick etwas schwer fällt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Resultate aller Hauptstudien sind klar und kurz beschrieben, werden aber nicht mit Zahlen untermauert. Mögliche Gründe für Interventionen ohne Effekt werden kurz genannt. Die konkreten Kompetenzen

und Aufgaben der Ergotherapie in diesen Teams werden aber in der Review nicht genannt. Beim Lesen der Hauptstudien können aber weitere Informationen zu den Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie in der interprofessionellen\* Sehbehindertenrehabilitation herausgelesen werden. Es werden Im Ergebnis- sowie im Diskussionsteil einige Überbegriffe für Therapieinhalte oder -prinzipien verwendet, welche nicht erklärt werden. Die Autorinnen nennen einige nachvollziehbare Limitationen. Beispielsweise wird erwähnt, dass in einigen Studien neben den ADLs\* und IADLs\* auch andere funktionelle oder gesundheitliche Bereiche geprüft wurden und somit der Effekt nicht immer eindeutig zugeordnet werden kann.

**Anmerkungen:** In den Studien ist die Altersbedingte Makuladegeneration (AMD\*) die häufigste Sehschwäche. Da AMD\* aber auch in der Praxis in der Schweiz sehr häufig vertreten ist, widerspiegelt dies dennoch eine realitätsnahe Klientel. Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar. Leider ist die Evidenzlage teilweise etwas dürftig, was darauf hinweist, dass weitere Forschung wichtig ist. In einer Studie über die Wirksamkeit von Hausbesuchen gab es beispielsweise ambivalente Ergebnisse.

### **3.3 Review «Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults With Low Vision: A Systematic Review » (Smallfield et al., 2013)**

#### **3.3.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** Mithilfe einer Literatursuche sollte die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der, für die Ausübung von Betätigungen\* nötigen, Fähigkeit mit optischen, «nicht-optischen und elektronischen Vergrößerungs-Geräten» zu lesen, untersucht werden.

**Datenerhebung und Analyse:** Für diese Review wurde die Literatursuche ebenfalls in derselben Form wie in « Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Kapitel 3.1.1) durchgeführt. Von 268 Resultaten wurden 32 Studien gewählt.

Sechzehn Studien lieferten Level I Evidenzen, acht Artikel Level II Evidenz, und weitere acht wurden ins Evidenz Level III eingeteilt. Wie bereits in den Kapiteln 3.1.1 und 3.2.1. beschrieben, wurde auch in dieser Review die Studien in Tabellenform zusammengefasst und anhand eines «Critically Appraised Topic» (CAT)\* gewürdigt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der verschiedenen Studien wurden in fünf Themen eingeteilt: Effektivität von Low Vision Geräten, Vergleich von



«optischen und elektronischen Lupengeräten», Effektivität von «nicht-optischen Hilfsmitteln», Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen mit Ergotherapie, sowie Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen ohne Ergotherapie. Die Studien zu Low Vision Geräten erweisen sich als effektiv. Unter den Lupengeräten zeigen sich bessere Resultate bei den elektronischen als den optischen Geräten. Die Resultate zum Thema «nicht-optische Hilfsmittel» weisen eine begrenzte Evidenz auf. Bezüglich Beleuchtung und Linienführung lässt sich eine moderate Evidenz erkennen, eine begrenzte Evidenz gibt es für das exzentrische Sehen. Bei all diesen Adaptionen ist aber nicht zu lesen, durch welche Profession diese instruiert wurden. Unter dem Thema «Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen mit Ergotherapie» werden Interventionen beschrieben, welche Verbesserungen in verschiedenen Alltagsaktivitäten bewirken können, so auch im Lesen. Die zitierten Studien sowie der Inhalt sind fast vollständig identisch mit dem Abschnitt «Mehrkomponenten-Intervention» aus der Review «Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review» (Liu et al., 2013). Dieser Abschnitt wurde im «Kapitel 3.2» bereits erläutert und wird deshalb an dieser Stelle nicht mehr ausgeführt. Im Rahmen der Studien, welche Rehabilitationsprogramme ohne Ergotherapie untersuchten, wurden widersprüchliche Belege in Bezug auf die Verbesserung des Lesens sowie auf weitere Alltagsaktivitäten gefunden. Es wird schlussgefolgert, dass aufgrund der Studienlage der Einbezug der Ergotherapie in Rehabilitationsprogramme zu empfehlen ist.

### **3.3.2 Kritische Würdigung**

**Ziel:** Die Zielsetzung ist klar und praxisrelevant.

**Datenerhebung und Analyse:** Es wurde ein sehr breites Suchspektrum gewählt. Die Würdigung der Studien ist klar und nachvollziehbar beschrieben.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Interventionen sind verständlich zusammengefasst und ihre Evidenz wird klar dargestellt. Die Untermauerung mit Zahlen fehlt. Soweit erkennbar sind die inkludierten Studien geografisch sehr gut verteilt. Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar. Leider werden nur sehr wenige der beschriebenen Interventionen in den Studien durch ET`s durchgeführt. Die Autorinnen argumentieren aber, dass alle beschriebenen Interventionen mit dem Berufsbild der Ergotherapie vereinbar sind. Diese Argumente werden aber nicht konkret und ausführlich untermauert. Auch

fehlen in der Diskussion Schlussfolgerungen für die interprofessionelle\* Zusammenarbeit mit Rehabilitationsfachkräften, insbesondere für die Aufgabenteilung. Limitationen werden diskutiert, insbesondere dass die Hälfte der Studien nur mit Klientinnen und Klienten mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD\*) durchgeführt wurden.

**Anmerkungen:** In dieser Review wird ein sehr breites Spektrum an Interventionen beschrieben. Der Einbezug der Ergotherapie in die Rehabilitation von Menschen mit Sehbehinderung wird untermauert.

### **3.4 Studie «Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or = 75 with severe visual impairment: the VIP trial» (Campbell et al., 2005)**

#### **3.4.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** Das Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit von zwei häuslichen Konzepten zur Verhinderung von Stürzen bei älteren Menschen mit Sehbehinderung zu untersuchen. Ein Programm zur Verbesserung der Sicherheit in der häuslichen Umgebung und ein zweites Programm zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht inklusive Abgabe eines Vitamin D-Ergänzungsmittels. Deren Wirksamkeit sollte mithilfe einer Randomised Controlled Trial (RCT)\* erforscht werden.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Teilnehmenden wurden während 12 Monaten aus verschiedenen Organisationen in Neuseeland rekrutiert. Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich Alter, Sehschwäche und Gesundheitszustand wurden formuliert. Die Studie hatte 391 Teilnehmende, welche in folgende vier Gruppen randomisiert wurden: 100 für die ergotherapeutische Heimabklärung, 97 für das Trainingsprogramm, 98 für beide Interventionen und 96 für Besuche der sozialen Arbeit (Kontrollgruppe). Die Teilnehmenden mussten während einem Jahr ihre Stürze in einem Kalender protokollieren. Anschliessend wurden sie per Telefon zu den Umständen der Stürze, den resultierenden Verletzungen und dem Einsatz von Hilfsmitteln befragt.

Die getesteten Interventionen sind eine ergotherapeutische Heimabklärung gemäss der «Westmead home safety assessment checklist (WeHSA)», ein Trainingsprogramm durch die Physiotherapie inklusive Vitamin D-Ergänzung, sowie ein Programm mit Besuchen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (Kontrollgruppe).

Die Autorinnen und Autoren berechneten die Kosteneffektivität als Quotienten zwischen Erhöhung der Kosten (totale Kosten des Programmes, bei der Kontrollgruppe war es 0) und Erhöhung des Effekts (Unterschied in der Anzahl der Stürze). Die Anzahl der Stürze in den Interventions- und Kontrollgruppen sowie weitere Merkmale der Teilnehmenden wurden mit negativen binomialen Regressionsmodellen verglichen.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** In den Ergebnissen wird ersichtlich, dass zu den Empfehlungen der ET`s das Entfernen oder Wechseln von Fussmatten, das visuelle Hervorheben von Treppenkanten, die Installation von Haltegriffen und Treppengeländern, die Beseitigung von Unordnung, die Reduzierung von blendendem Licht und die Verbesserung der Beleuchtung gehören. Die Teilnehmenden des ergotherapeutischen Programmes verzeichnen deutlich weniger Stürze, die Teilnehmenden des Trainingsprogrammes etwas mehr als die Kontrollgruppe. Ein häufigeres Durchführen der Übungen wird aber mit niedrigeren Sturzzahlen verbunden. Die zusätzlichen Kosten pro verhinderten Sturz betragen \$NZ650 (= ca. 440.73 CHF).

In der Diskussion sehen die Autorinnen und Autoren den Grund für die höhere Sturzrate beim Trainingsprogramm darin, dass die Teilnehmenden weniger fit waren als diejenigen der letzten Studie mit diesem Programm, sowie dass nicht alle das Übungsprogramm häufig ausführten.

### 3.4.2 Kritische Würdigung

**Ziel:** Es wurde ein klares Forschungsziel formuliert, welches für die Praxis relevant und wegweisend ist. Das Modell des RCTs\* wurde sehr passend gewählt, um die Interventionen zu vergleichen.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Auswahl der Teilnehmenden wird genau beschrieben. Die Stichprobe ist mit 391 Teilnehmenden gross und wurde mit einer Stichprobenberechnung bestimmt. Die «Westmead home safety assessment checklist (WeHSA)», welche die ET`s in der Studie zur Heimabklärung verwenden, ist ein standardisiertes Assessment. Das handschriftliche Sturzprotokoll in einem Kalender sowie das Telefoninterview sind aber als Messinstrumente nicht validiert und mässig geeignet. Durch Vergesslichkeit oder Scham könnten mögliche Verfälschungen der Resultate hervorgerufen werden. Zudem ist unklar, weshalb nicht alle Teilnehmenden zum selben Zeitpunkt ein Follow-Up hatten. Die allgemeine Berechnungsformel für die Kosten wird genannt. Die genaue Berechnung der Kosten

ist in der Studie wenig verständlich und nur schwer nachvollziehbar. Die Auswertung der Stürze in Form von negativen binomialen Regressionsanalysen\* wird verständlich beschrieben und zeigt sich für solche Daten als geeignet.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Der Resultatteil dieser Studie ist vorwiegend schwer verständlich. Viele wichtige Resultate werden im Text nicht explizit genannt, stattdessen wird auf Abbildungen und Tabellen verwiesen, welche nicht klar aufgebaut sind. Der Diskussionsteil ist sehr kurz und oberflächlich, die Argumente werden kaum mit ergänzender Literatur unterstrichen. In der Diskussion werden Gründe für die Wirksamkeit des Heimsicherheitsprogrammes, sowie Vermutungen für die signifikante Interaktion zwischen den beiden Programmen kurz angesprochen. Auch ein kurzer Kostenvergleich zwischen dem Heimsicherheitsprogramm und dem ursprünglichen Trainingsprogramm wird gemacht.

**Anmerkungen:** Die Autorinnen und Autoren sprechen einige mögliche Limitationen an, jedoch fehlen die Wichtigsten. Die Güte dieser Studie ist somit beschränkt.

### **3.5 Studie «Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration» (Rovner et al., 2014)**

#### **3.5.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** Das Ziel der Studie war ein Vergleich der Wirksamkeit zweier Interventionskombinationen. Verhaltensaktivierung durch ET`s (BA) + Low Vision Rehabilitation (LVR) wurde mit unterstützender Therapie (ST) + LVR zur Vorbeugung depressiver Störungen, jeweils bei Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD\*), verglichen. Als Forschungsdesign wurde eine einfachblinde randomisierte klinische Studie\* («single-masked, attention-controlled, randomized, clinical trial») mit Outcome Messung nach 4 Monaten gewählt.

**Datenerhebung und Analyse:** Aus einer grossen, an ein Spital angegliederten privaten Netzhautpraxis in Philadelphia (USA) wurden Probanden rekrutiert. Sie mussten sehr genau beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen. So kam eine Gruppe von 188 Teilnehmende zustande, welche die berechnete Stichprobengrösse erfüllte. Nach einer vorgängigen Untersuchung wurden die Teilnehmenden unter Beachtung des Schweregrads des Sehverlustes randomisiert. Die Depression wurde mit dem standardisierten Assessment «Patient Health Questionnaire-9» untersucht. Eine Reihe weiterer Einflussfaktoren wurde anhand meist standardisierter Assessments erfasst.

Interventionen im Konzept der «Behavioural Activation» wurde durch ET`s ausgeführt. «Behavioural Activation» ist ein psychologisches Konzept zur Aktivierung von positivem Verhalten bei Menschen mit Depressionen (Kanter et al., 2010). In sechs Hausbesuchen über 8 Wochen schlugen die ET`s Umweltveränderungen zur Verbesserung der Funktionalität vor und entwickelten mit ihren Klientinnen und Klienten Aktionspläne zur Erreichung bedeutungsvoller persönlicher Ziele. Die Aktionspläne orientierten sich an Rehabilitationsprinzipien (z.B. Aufteilung der Aufgaben in überschaubare Schritte), wurden in den Tagesablauf integriert und konzentrierten sich auf die Steigerung der sozialen Aktivitäten und die Reduzierung visuell bedingter Schwierigkeiten in Aktivitäten. Letzteres wurde erreicht, indem die Vergrößerung erhöht, Beleuchtung verbessert, Objekte mit kontrastreichem Band hervorgehoben und die Abläufe vereinfacht wurden.

Die andere Gruppe erhielt durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter «Supportive Therapy», eine nicht direktive, psychologische Behandlung mit emotionaler Unterstützung.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Nach 4 Monaten entwickelte die BA+LVR-Gruppe weniger häufig eine depressive Störung, konnte besser sozial engagiert bleiben und hatte ein leicht besseres funktionelles Sehvermögen als die ST+LVR Gruppe. Es gab keine signifikanten Veränderungen oder Unterschiede in der Lebensqualität zwischen beiden Gruppen.

In der Diskussion werden die fehlenden Veränderungen in der Lebensqualität damit erklärt, dass die Massnahmen in diesem Bereich vermutlich keine solchen Veränderungen erzeugen können. Es werden weitere ähnliche Studien genannt. Einige Limitationen, vor allem die relativ hohe Ablehnungsrate, sowie die Diagnose der Depression mit nur einem Assessment statt einem klinischen Interview, werden ebenfalls beschrieben. Laut den Autorinnen und Autoren fehlen vielen ET`s Kompetenzen im Bereich der «Behavioural Activation» (BA). Für die Berufspraxis werden eine Schulung der ET`s sowie eine Verbesserung der interprofessionellen\* Zusammenarbeit gefordert, um die Kombination der Dienste BA +LVR mehr Klientinnen und Klienten zugänglich zu machen.

### 3.5.2 Kritische Würdigung

**Ziel:** Es wurde ein klares Forschungsziel formuliert, welches für diese Arbeit sowie auch für die Praxis sehr relevant ist. Das Design wurde sehr passend ausgewählt.

**Datenerhebung und Analyse:** Die Stichprobe wurde in zwei Gruppen aufgeteilt, welche relativ ausgeglichen waren. Es ist jedoch auffällig, dass viele Personen auf die Teilnahme an der Studie verzichteten, was die Resultate geprägt haben könnte. Die Daten wurden mit standardisierten Assessments erhoben, und die Datenerhebung wird weitgehend nachvollziehbar beschrieben und entspricht dem Studiendesign. Die Interventionen sind mit Ausnahme der «Low Vision Rehabilitation» weitgehend gut beschrieben. Die Verfahren der Datenanalyse werden ausführlich beschrieben. Die Berechnung des relativen Risikos\* sowie der Konfidenzintervalle\* sind bereits ab nominalem Skalenniveau geeignet. Das Signifikanzniveau ist aufgrund der bivariaten Daten\* nachvollziehbar.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse sind sehr präzise. Die Tabellen und Grafiken sind leider erst im Anhang zu finden, jedoch gut nachvollziehbar und hilfreich. Die Resultate werden umfänglich diskutiert, und Gründe für schwache Outcomes werden gesucht. Diese Hypothesen werden mit Literatur untermauert und weitere Studien zum Thema werden in die Diskussion mit einbezogen.

**Anmerkungen:** Diese Studie ist von einer hohen Güte. Sie könnte in einem anderen Setting wiederholt werden, da sie genau beschrieben ist.

### **3.6 Studie «Results from a Survey of Occupational Therapy Practitioners in Low Vision Rehabilitation» (Copolillo, Warren & Teitelman, 2007)**

#### **3.6.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** In dieser Studie wurden ET`s, welche mit Erwachsenen mit Sehbehinderungen arbeiten, befragt. Es werden fünf Forschungsfragen formuliert, die sich mit verschiedenen Themen der ergotherapeutischen Arbeit in diesem Bereich befassen. Dabei geht es um die Übereinstimmung der Interventionen mit den Kernbereichen der Ergotherapie, um das Interesse an Weiterbildungen, um die Eigenschaften der Klientel, sowie um die Evaluation der Therapie. Diese Forschungsfragen sollten mit einer deskriptiven Querschnittstudie beantwortet werden.

**Datenerhebung und Analyse:** Grundlage der Stichprobe waren Teilnehmende von zwei Workshops zu Sehbehinderung an einem Kongress der AOTA, sowie durch das Schneeball-Prinzip erreichte ET`s. Ein Online-Fragebogen wurde an 120 Personen aus 36 Staaten der USA gesendet, wobei 34 Personen den Fragebogen ausfüllten.

Ein Kriterium für die Teilnahme war, dass diese Personen häufig mit Menschen mit Sehbehinderungen arbeiten. Der Fragebogen wurde von professionsangehörigen Fachpersonen für diese Untersuchung entwickelt. Er enthält 47 Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und Feldern für die Eingabe von Zahlen. Es wurde eine primär deskriptive Analyse durchgeführt. Häufigkeiten, Prozente, und Mittelwerte wurden für alle Variablen berechnet. Modus und Mediane wurden ebenfalls berechnet, wenn geeignet.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** In den Resultaten wird berichtet, dass die ET`s vor allem in Ambulatorien von Spitälern arbeiten. Die Klientel ist vorwiegend älter als 65 und hat meist eine Makuladegeneration\*. Die ET`s überprüften Sehfunktionen mit standardisierten Assessments, verwendeten aber im Bereich der ADL\* häufig nicht-standardisierte Assessments. Folgende Interventionen setzen jeweils mehr als die Hälfte der befragten ET`s ein: Umweltsanpassungen, ADL\* Interventionen, Anwendung von optischen Hilfsmitteln in täglichen Aktivitäten, Sehfähigkeitstraining, Innenmobilität, Computer- und weitere technische Anpassungen sowie Diabetes-Selbstmanagement.

In der Diskussion werden die Resultate eingehend diskutiert und interpretiert. Es wird gedeutet, dass die ET`s dem Berufsbild der Ergotherapie entsprechend arbeiten, da sie häufig ADL\* Interventionen und Umweltsanpassungen anbieten. Die Arbeitsweise sei nicht nur kompensatorisch, sondern auch auf Funktionsverbesserung ausgerichtet, da neben Hilfsmittelinstruktionen auch Trainings von Sehfunktionen angewendet werden. Die Ergotherapie sei mehr im Gesundheits- als im Gemeindewesen tätig und grenze sich somit von der Arbeit der Rehabilitationsfachkräfte ab. Für die Praxis wurde schlussgefolgert, dass die ET`s gut auf die multimorbide geriatrische Klientel vorbereitet werden müssen, da dies ihre wichtigste Klientel im Bereich Sehbehinderungen ist.

### **3.6.2 Kritische Würdigung**

**Ziel:** Die Fragestellungen sind klar und praxisrelevant. Das gewählte Design scheint hilfreich, um einen groben Überblick zu gewinnen. Um die Berufsrealität tiefer zu erfassen, wäre ein qualitatives Vorgehen geeigneter. In der Beschreibung zur aktuellen Lage fehlt es an Literatur, was teilweise aber auch daran liegen könnte, dass dieses Fachgebiet damals in den USA noch nicht so weit entwickelt scheint.

**Datenerhebung und Analyse:** Für die kleine Stichprobengröße könnten mangelnde Erfahrung, sowie mangelndes Interesse verantwortlich gewesen sein.

Zudem ist es wahrscheinlich, dass durch die Rekrutierungsart nicht alle ET`s in allen Regionen der USA erreicht werden konnten. Das Messinstrument wurde nicht wissenschaftlich auf seine Gütekriterien überprüft. Fraglich ist, ob die im Messinstrument angegebenen Antwortmöglichkeiten den möglichen Optionen in der Realität entsprechen. Die Verfahren der Datenanalyse werden nur sehr knapp beschrieben. Soweit es nachvollziehbar ist, wurden statistische Verfahren sinnvoll und den Datenniveaus entsprechend angewendet. Da die Umfrage in Form eines E-Mails rückgesendet werden musste, ist unklar, ob der Datenschutz gewährleistet wurde. Es könnte sein, dass Teilnehmende in diesem Bewusstsein den Fragebogen nicht wahrheitsgemäss ausgefüllt haben.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse sind nur mehrheitlich präzise und verständlich. Bei einigen Antwortmöglichkeiten wie «Basic ADL interventions» und «Instrumental ADL interventions» ist unklar, was damit gemeint ist. In der Diskussion werden sehr optimistische Interpretationen bezüglich den ET`s gemacht und wenig mit Literatur untermauert. Limitationen, wie beispielsweise die geringe Grösse, sowie die nicht repräsentative geografische Verteilung der Stichprobe, werden genannt.

**Anmerkungen:** Die Güte dieser Studie ist ausreichend, jedoch aufgrund der kleinen und einseitigen Stichprobe sowie des nicht auf die Güte überprüften Fragebogens nicht besonders hoch. Die Studie verdeutlicht jedoch den Bedarf der Weiterentwicklung auf diesem Gebiet in verschiedensten Bereichen: Erfassung der ET`s, Ausbildung und Assessments.

### **3.7 Studie «The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy» (Molitor & Mayou, 2018)**

#### **3.7.1 Zusammenfassung**

**Ziel und Studiendesign:** Ziel dieser Studie war es, das Wissen und die Wahrnehmung von Augenärztinnen und Augenärzten sowie Optometristinnen und Optometristen\* über die Rolle von ET`s bei der Rehabilitation von Sehbehinderungen zu ermitteln. Darüber hinaus wurde die Beteiligung von ET`s in den optometrischen\* und ophthalmologischen\* Praxen von den Teilnehmenden in zwei Staaten untersucht. Das Ziel wird damit begründet, dass diese Berufe eine entscheidende Rolle in der Verordnung von Patienten und Patientinnen an die Ergotherapie haben. Die Untersuchung sollte mit einem Mixed-Methods-Design\* mit einer nicht-



experimentellen Querschnittsuntersuchung\* und einem deskriptiven qualitativen Design nach Sandelowski (2000) erfolgen.

**Datenerhebung und Analyse:** An der Untersuchung nahmen 34 Personen (Optometristinnen und Optometristen\* sowie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen\*) teil. Sie waren in zwei Staaten des Mittleren Westens der USA (Iowa und South Dakota) arbeitstätig. Die Daten wurden anhand eines anonymen Fragebogens mit 20 Fragen erhoben. Er wurde aufgrund von themenbezogener Literatur entwickelt. Die Antwortmöglichkeiten waren grösstenteils vorgegeben, es gab aber auch einige Textfelder für Freitextantworten. Um die Datenverteilung zu beschreiben, wurden Häufigkeiten berechnet. Die Daten wurden weiter mit Chi-Quadrat-\* und Mann-Whitney-U-Tests\* analysiert. Qualitative Daten wurden mithilfe von Inhaltsanalyseverfahren wie folgt analysiert: Sie wurden durch zwei Personen unabhängig gelesen, codiert und kategorisiert. Diese Kategorien wurden anschliessend aufeinander abgestimmt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Fachpersonen noch nie eine Überweisung zur Ergotherapie gemacht hat. Häufiger überwiesen wurden Klientinnen und Klienten an den staatlichen Dienst für Blinde und Sehbehinderte und an Fachpersonen für «Lebenspraktische Fähigkeiten». Ein Interesse an einer vermehrten Einbindung der Ergotherapie besteht jedoch. Folgende Interventionen der Ergotherapie werden genannt: Edukative Ansätze (zur Diagnose und zu Massnahmen), Strategietraining (Benützung von Sehhilfen im Alltag, O&M Training, exzentrisches Sehen\*), Strategien für die Krankheitsverarbeitung, ADL\* Training sowie Umweltanpassungen (Anpassung der Beleuchtung einschliesslich Kontrast- und Blendungsbegrenzung). In den Freitextantworten wird vor allem eine grosse Unsicherheit der Fachpersonen gegenüber der Ergotherapie deutlich.

In der Diskussion wird die Unsicherheit dieser Fachpersonen aufgegriffen und als möglicher Grund für die mangelnden Verordnungen und Überweisungen interpretiert. Der Bedarf für Lobbyarbeit sowie für eine Verbesserung der interprofessionellen\* Zusammenarbeit wird dargestellt und mit Literatur untermauert. Die beschränkte Stichprobe als mögliche Limitation wird genannt.

### 3.7.2 Kritische Würdigung

**Ziel:** Der Inhalt der Forschungsfragen ist aufgrund des Forschungsziels nachvollziehbar und sinnvoll. Der Forschungsbedarf wird plausibel begründet. Zudem werden alle Konzepte in der Einleitung logisch dargestellt. Das gewählte Design passt zur Forschungsfrage.

**Datenerhebung und Analyse:** Die interne und externe Validität\* wird durch die Anonymität weitgehend gewährleistet. Einzig die Stichprobe könnte die Validität\* etwas vermindert haben, da Personen mit mangelndem Interesse an der Ergotherapie vermutlich eher nicht an der Umfrage teilgenommen haben. Zudem ist sie regional einseitig (sehr ländliche Bundesstaaten der USA).

Der Fragebogen inklusive dessen Entwicklung wird sehr klar, nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Die Datenerhebung ist einheitlich. Eine Datensättigung wird nicht diskutiert. Die quantitative Datenanalyse wird nur sehr kurz beschrieben, ist aber im Ergebnisteil grösstenteils nachvollziehbar ersichtlich. Das Verfahren zur Analyse der qualitativen Ergebnisse wird in genügender Ausführlichkeit beschrieben. Die statistischen Verfahren wurden dem Datenniveau entsprechend eingesetzt. Die quantitativen Ergebnisse sind sowohl im Text als auch in den Tabellen und Abbildungen gut verständlich und präzise.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die qualitativen Ergebnisse zeigen die Reichhaltigkeit der Daten klar auf. Die Kategorien wirken auf der Mindmap-artigen Abbildung etwas verwirrend, da häufig Wörter mit sich widersprechender Bedeutung nebeneinander stehen (z.B: «optimistic» und «uncertain»). Beim Lesen des Textes sind sie jedoch verständlich und werden aufgrund der vielen Zitate als geeignet angesehen.

Es werden nicht alle Resultate diskutiert, sondern vor allem die Hauptergebnisse zur Fragestellung. Erhobene Daten zur Arbeit der Teilnehmenden werden nicht diskutiert. Die Interpretation passt zu den Resultaten. Die in der Diskussion gezogenen Schlüsse werden mit anderen Studien untermauert. Die Ergebnisse der Studie werden jedoch nicht mit anderen Studien verglichen, weil vermutlich keine existieren.

**Anmerkungen:** Dies ist eine Studie von hoher Güte, welche einzig durch die etwas einseitige Stichprobe (sehr ländlich) beschränkt ist.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Zu Beginn dieser Arbeit wurde folgende Fragestellung formuliert:

*Welche Kompetenzen und Aufgaben kann die Ergotherapie – bezogen auf die Schweiz – in die interprofessionelle Rehabilitation bei, im Erwachsenenalter aufgetretenen, chronischen Erkrankungen des Auges einbringen?*

Im Rahmen des Diskussionskapitels werden die Ergebnisse dieser Arbeit rekapituliert und mit Literatur verknüpft, Antworten auf die Fragestellung werden diskutiert und Limitationen genannt.

#### **4.1.1 Bedeutung der ICF für die Arbeit**

Aufgrund des interprofessionellen\* Hintergrundes der vorliegenden Fragestellung und zur Unterstützung der Übersichtlichkeit wurde die ICF als Modell zur Einordnung der Ergebnisse ausgewählt. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wurde 2001 von der WHO zusammengestellt und dient im Gesundheitssektor als professions- und länderübergreifendes Klassifikationssystem. Sie ermöglicht eine «einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen». (DIMDI, 2019, Absatz 3)

Die ICF betrachtet das Gesundheitsproblem in Verbindung mit den Körperfunktionen\* und -strukturen\*, den Aktivitäten\* des Betroffenen und dessen Partizipation\*, sowie mit den Umweltfaktoren\* und den personbezogenen Faktoren\*, welche einen Einfluss auf die Situation der Erkrankten haben. Weiter zeigt die ICF klar auf, dass die unterschiedlichen Ebenen sich gegenseitig beeinflussen (Schuntermann, 2004). Abbildung 2 zeigt das Grundschemata der ICF mit der Beeinflussung. Verschiedene Gesundheitsberufe können berufsspezifisch auf einer oder mehreren Ebenen ansetzen. Die beschriebene Beeinflussung zwischen den Ebenen weist darauf hin, dass sich auch die Effekte der Interventionen der verschiedenen Berufe beeinflussen. Durch die Einheitlichkeit in den Begriffen wird zudem eine «gemeinsame Sprache» geschaffen (Rentsch & Bucher, 2005 s.18), welche den interprofessionellen\* Dialog erleichtert und effizienter gestaltet und so den interprofessionellen\* Prozess wesentlich begünstigt (Bechard et al., 2010).

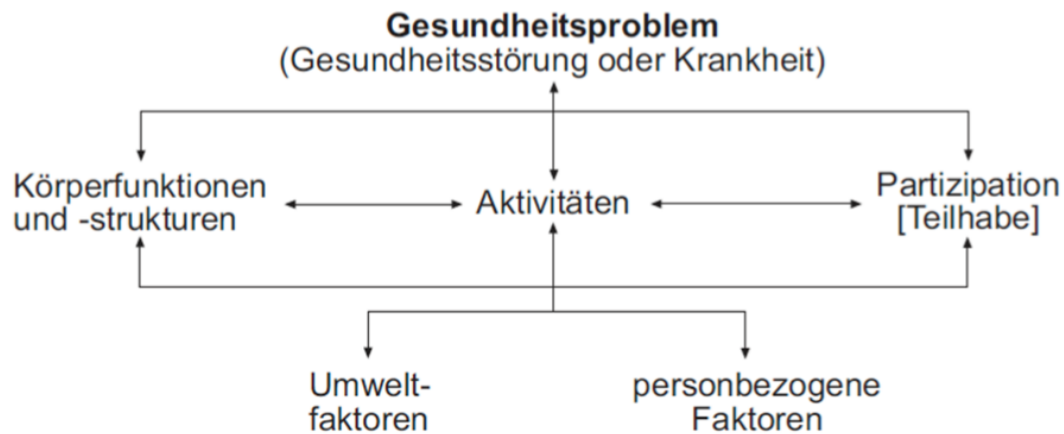


Abbildung 2: Grundschema der ICF

Aufgrund dieser Möglichkeit, die Interventionen für mehrere Professionen mit den modelleigenen Erklärungen und Einteilungen verständlich darzulegen, bietet sich dieses Modell für die Zusammenfassung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit an. Zudem ist das Instrument in ergotherapeutischen und interprofessionellen\* Settings inzwischen gut etabliert (Hucke, 2015).

Die Ergebnisse in Form von Interventionen im Kompetenz- und Aufgabenbereich der Ergotherapie im interprofessionellen\* Team werden in Tabelle 4 basierend auf der ICF zusammengefasst. Kompetenzen und Aufgaben, welche eine Domäne allgemein abdecken, werden in der entsprechenden Domäne dargestellt. Spezifische Aufgaben und Kompetenzen, welche sich eindeutig Kapiteln innerhalb einer Domäne zuordnen lassen, sind in den Zeilen der entsprechenden Kapitel zu sehen. Eine ausführlichere Tabelle mit Verweis auf die Literatur ist im Anhang unter Tabelle 5 zu finden.

Die genannten Kompetenzen und Aufgaben stammen aus Quellen mit verschiedenen Evidenzgraden. Alle mit (A) gekennzeichneten Kompetenzen und Aufgaben werden in systematischen Reviews empfohlen. Die mit (B) gekennzeichneten Kompetenzen und Aufgaben wurden im Rahmen einer randomisierten Studie geprüft. Mit (C) gekennzeichnete Aufgaben haben eine schwache Evidenz. Sie stammen entweder aus den Befragungen von ET's (Copolillo et al., 2007) oder von Optometristinnen und Optometristen\* sowie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen\* (Molitor & Mayou, 2018). Diese Interventionen wurden nicht auf ihre Wirksamkeit überprüft und weisen wenig Evidenz auf. Auch mit (C) gekennzeichnet werden Aufgaben, die im Rahmen von interprofessionellen\* Studien genannt werden, aber nicht primär in deren Wirksamkeit untersucht wurden.

## 4.1.2 Ergebnisse in der ICF-Tabelle

Tabelle 2: Einordnung der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie im interprofessionellen Setting in die Klassifikationen der ICF. A) empfohlen in Reviews, B) geprüft in randomisierten Studien, C) schwache Evidenz

<b>ICF Klassifikationen</b>	<b>Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie</b>
<b>Körperfunktionen</b>	
Mentale Funktionen	-Vermittlung von Strategien für die Krankheitsverarbeitung (C)
Sinnesfunktionen und Schmerz	-Erfassung und Training von Sehfunktionen (C) -Erfassung und Training von Techniken zur Substitution von Sehvermögen (C) -Exzentrisches Sehtraining (C)
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	-Erfassung und Training der Körperhaltung (C)
<b>Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)</b>	
Lernen und Wissensanwendung	-Schulung in Lesetechniken (A) -Unabhängigkeit bei täglichen Aktivitäten wie Lesen und Schreiben fördern (C)
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	-Vereinfachung der Arbeit (A) -Instruktion zu Energieeinsparung (A)
Mobilität	-Besprechung von Risikofaktoren für Stürze (B) -Förderung der Innenmobilität (C) -Orientierungs- & Mobilitätstraining (C)
Selbstversorgung	-Erfassung und Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (A) (C) -Patientenedukation bezüglich der Erkrankung (A) (C) -Unterstützung des Diabetes-Selbstmanagement (C) -Erfassung und Training des Gelenkschutzes (C)
Häusliches Leben	-Erfassung und Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (A) (C)
<b>Umweltfaktoren</b>	
Produkte und Technologien	-Umweltanpassungen (A) (C) -Heimabklärungen und –anpassungen zur Sturzreduktion (B) -Besprechung von Risikofaktoren für Stürze (B) -Beseitigung von Unordnung (B) -Entfernen oder Wechseln loser Fussmatten (B) -Installation von Haltemöglichkeiten und visuellen Kontrasten bei Treppen im Rahmen einer Heimabklärung (B) -Modifikation des Computers sowie weitere technische Anpassungen (C)
Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	-Verbesserung der Beleuchtung (A) (B) (C) -Reduzierung von blendendem Licht (B) (C)

Zu dieser Übersicht hinzu kommen zwei Kompetenz- und Aufgabenbereiche, welche ein sehr breites Spektrum an Domänen abdecken und somit nur schwer in die ICF eingeordnet werden konnten. Sie werden nachfolgend beschrieben.

### ***Gruppentherapien nach dem Problemlösungsansatz (A)***

In mehreren Reviews (Berger et al., 2013; Smallfield et al., 2013) wird empfohlen, Gruppentherapien nach dem Problemlösungsansatz zu gestalten. Diese Gruppentherapien stammen aus schwedischen Studien mit ähnlichen Autorinnen und Autoren, beispielsweise Eklund, Sjöstrand & Dahlin Ivanoff (2008). ET`s führten acht Gruppensessionen à zwei Stunden durch. Es wurden Informationen sowie Trainings zu verschiedenen Betätigungskategorien gegeben (Selbstversorgung, Kommunikation, Orientierung und Mobilität, Kochen, Einkaufen, finanzielles Management, Reinigung). Spezialisierte Berufsleute, wie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen\*, Optikerinnen und Optiker, «Low Vision»-Fachkräfte und «Lichtexpertinnen» und «Lichtexperten» wurden in einzelne Kursstunden eingeladen, um Informationen zu spezifischen Themen zu geben. Strategien, welche ältere Personen mit Makuladegeneration häufig anwenden, wurden gezeigt. Den Teilnehmenden wurde ein Problemlöse-Modell nähergebracht. Die Inhalte der Interventionen waren in einer Broschüre festgehalten, welche die Teilnehmenden zuhause lesen sollten (Eklund et al., 2008).

### ***Behavioural Activation (B)***

In einer Randomized Controlled Trial (Rovner et al., 2014) mit sehr hoher Güte war die Aufgabe der Ergotherapie das Durchführen der Behavioural Activation. Dies ist ein psychologisches Konzept zur Aktivierung von positivem Verhalten bei Menschen mit Depressionen (Kanter et al., 2010). In sechs Hausbesuchen über acht Wochen erarbeiteten die ET`s Umweltveränderungen zur Verbesserung der Funktionalität und entwickelten mit der Klientel Aktionspläne zur Erreichung bedeutungsvoller persönlicher Ziele. Die Aktionspläne orientierten sich an Rehabilitationsprinzipien (z.B. Aufteilung der Aufgaben in überschaubare Schritte), wurden in den Tagesablauf integriert und konzentrierten sich auf die Steigerung der sozialen Aktivitäten und die Reduzierung visuell bedingter Schwierigkeiten in Aktivitäten. Letzteres wurde erreicht, indem die Vergrößerung erhöht, die Beleuchtung verbessert, Objekte mit kontrastreichem Band hervorgehoben und Abläufe vereinfacht wurden (Rovner et al., 2014).

Einige Interventionen aus den Quellen konnten nicht in die ICF eingeordnet werden, da nur schwer zu verstehen ist, was konkret damit gemeint ist. Dies sind die folgenden Interventionen: «Systemic organization», «Adaptive techniques» und «Instrumental ADL interventions».

## **4.2 Kritische Würdigung der Ergebnisse**

### **4.2.1 Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie**

#### ***Ansätze der Ergotherapie entsprechend weiterer Literatur***

Livengood und Baker (2015), welche die aktuelle Literatur zur Ergotherapie für Menschen mit Glaukom\* zusammenfassten, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Starke Evidenz fanden sie für die Problemlösungsansatz und das Selbstmanagement (Livengood & Baker, 2015). Auch in einer Review zu ergotherapeutischen Interventionen für ältere Menschen mit niedriger Sehkraft werden Selbstmanagement-Programme, sowie Gruppentherapien mit Edukativem Ansatz empfohlen (Arbesman, Lieberman & Berlanstein, 2013). Moderate Evidenz fanden Livengood & Baker (2015) für Organisations- und Umweltanpassungen. Umweltanpassungen werden auch von McGrath (2011) empfohlen. Weiter befürwortet die Autorinnen und Autoren die Abgabe und Instruktion von Hilfsmitteln sowie das Training von Alltagsaktivitäten (McGrath, 2011).

#### ***Aktivitäts- und Partizipationsebene als Schwerpunkt in der Ergotherapie***

All diese Ergebnisse zeigen ein sehr breites Spektrum an Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie in der Sehbehindertenrehabilitation auf. In der ICF-Tabelle (Tabelle 4) sowie bei Livengood & Baker (2015) und McGrath (2011) fällt auf, dass der Hauptschwerpunkt in den Domänen Aktivität und Partizipation\* liegen. Zahlreiche Nennungen gibt es zudem in der Domäne der Umweltfaktoren\*. Die Ergebnisse in der Domäne Körperfunktionen\* in der ICF-Tabelle entstammen ausschliesslich Quellen mit der Kennzeichnung (C), was auf ein niedriges Evidenzlevel hinweist. Basierend darauf kann angenommen werden, dass die Domäne der Körperfunktionen\* in der Literatur ergotherapeutischer Sehbehindertenrehabilitation lediglich eine sekundäre Rolle spielt. Schoessow (2010) empfiehlt, den Fokus der Ergotherapie in der Sehbehindertenrehabilitation nicht nur auf die Kompensation von Sehfähigkeiten, sondern stärker auf die Partizipation\* zu legen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Kompetenzen der Ergotherapie hauptsächlich auf dem Ermöglichen von Aktivitäten und Partizipation\*, sowie

zusätzlich auf der Anpassung von Umweltfaktoren\* liegen. Dies stimmt mit den Aussagen des ergotherapeutischen Weltverbandes, des WFOT (2010) überein:

Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability in the occupation they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement. (S.1)

McGrath (2011) beschreibt dies folgendermassen: «With their specialized knowledge of occupation and expertise in task analysis, occupational therapists already have the unique skills required to work with older adults with low vision.» (S.1)

Dieser Schwerpunkt im Berufsbild der Ergotherapie könnte der Grund gewesen sein, weshalb keine Studien gefunden werden konnten, welche die Wirksamkeit von Interventionen in der Domäne der Körperfunktionen\* prüften.

### ***Die ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapie***

Die Gruppentherapie nach dem Problemlösungsansatz sowie die Behavioural Activation konnten in der Tabelle nicht zugeordnet werden, da die Interventionen auf verschiedenen der definierten Domänen ansetzen. Sie hätten nicht in die Tabelle eingeordnet werden können, ohne den Zusammenhängen und der Komplexität der Ansätze nicht gerecht zu werden. Daraus schliessen die Verfasserinnen, dass es sich um Aufgaben handelt, welche insgesamt einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen. Dies stimmt mit der Beschreibung der AOTA überein, welche die Ergotherapie als ganzheitlich beschreibt (AOTA, 2019). Auch das von Schoessow K, (2010) entwickelte ergotherapeutische Modell für die Sehbehindertenrehabilitation verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz.



## **4.2.2 Schlussfolgerungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit**

### ***Unklarheiten und Überschneidungen***

Um Schlussfolgerungen für die interprofessionelle\* Zusammenarbeit zu machen, sind fundierte Kenntnisse über die anderen Professionen im Team notwendig. Hierzu ist das Dokument «Wegleitung über die Höhere Fachprüfung Rehabilitationsexpertin / Rehabilitationsexperte für sehbehinderte und blinde Menschen» (SZBLIND, 2018c) grundlegend, in dem die beruflichen Handlungskompetenzen der Rehabilitationsfachkräfte ausgeführt sind. Trotz dieser ausführlichen Kompetenzaufzählung können in dieser Arbeit keine abschliessenden Aussagen zu den Kompetenzen von Rehabilitationsfachkräften gemacht werden. Gründe dafür sind einerseits, dass die Verfasserinnen ein zu wenig fundiertes Wissen über die konkreten Herangehensweisen der Rehabilitationsfachkräfte haben. Andererseits können die im Berufsalltag ausgeführten Aufgaben und benötigten Kompetenzen der Rehabilitationsfachkräfte kaum verallgemeinert beschrieben werden. Dies auch aufgrund dessen, dass Personen aus verschiedenen Berufsfeldern wie Pädagogik / Soziales, oder Gesundheit / Medizin / Therapie eine berufsbegleitende Ausbildung zur Rehabilitationsfachkraft absolvieren können («Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft», 2018). Dadurch können die Art der Berufsausübung und die Schwerpunkte abhängig von der Vorbildung unter Umstand sehr stark variieren.

Eine starke Überschneidung der Kompetenzen und Aufgaben von ET`s und Rehabilitationsfachkräften ist somit wahrscheinlich. Auch die Praxispartnerinnen bestätigten, dass es viele Überschneidungen zwischen den in der ICF-Tabelle aufgeführten Kompetenzen und Aufgaben der ET`s und dem von ihnen erlebten Kompetenzbereich der Rehabilitationsfachpersonen gibt. Vor allem die Kompetenzbereiche der Ergotherapie und den Fachpersonen für «Lebenspraktische Fähigkeiten» müssen gut abgeglichen und abgesprochen werden. Denn ihre Kompetenzen und Aufgaben sind es gemäss «Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft» (2018), Klientinnen und Klienten «rund um die Bewältigung des alltäglichen Lebens zu beraten und sie bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten zu fördern und zu unterstützen» (S.3). Diese Beschreibung ähnelt in den Begrifflichkeiten sehr stark den in ergotherapeutischen Kompetenzen und Aufgaben beschriebenen Trainings- und Anpassungsmassnahmen von Alltagsaktivitäten.

Andererseits bedeuten die Überschneidungen in gewissen Begrifflichkeiten der Kompetenzen und Aufgaben nicht zwingend auch eine Überschneidung in den durchgeführten Aufgaben. Dieselben Begriffe können in den unterschiedlichen Berufsgruppen aufgrund unterschiedlichen Ausbildungen und Ansichtsweisen divergente Bedeutungen haben und für ganz unterschiedliche Ansätze stehen (Mitzkat, Berger, Reeves & Mahler, 2016).

### ***Nicht überschneidende Kompetenzen und Aufgaben***

Neben begrifflichen Überschneidungen gibt es auch Kompetenzen und Aufgaben, in denen sich die ET`s von den Rehabilitationsfachkräften unterscheiden. Dadurch können die ET`s diese in ihrer Arbeit zusätzlich unterstützen. Im folgenden Abschnitt werden die rein ergotherapeutischen Kompetenzen präsentiert.

Die grösste Klientengruppe in der Sehbehindertenrehabilitation sind ältere Menschen (Copolillo et al., 2007; Spring, 2012). Mit dem Alter steigt die Anzahl an Erkrankungen (Seifert & Schelling, 2017) und somit auch die Multimorbidität der Klientel. Durch die ganzheitliche Perspektive der Ergotherapie (AOTA, 2019) haben ET`s verschiedene Kompetenzen in Bereichen, welche über die Sehbehinderung hinaus gehen. Diese können unter anderem in der Rehabilitation von Menschen mit Multimorbidität von Vorteil sein. In der ICF-Tabelle sind das namentlich: Erfassung und Training der Körperhaltung (McCabe et al., 2000), Erfassung und Training des Gelenkschutzes (McCabe et al., 2000) und Massnahmen zur Sturzprävention (Campbell et al., 2005). Auch Iris Lüscher, Präsidentin des Ergotherapie Verbandes Schweiz schrieb 2015 in einem Dossier, dass die Ergotherapie für ältere Menschen Training von Körperlichen Fähigkeiten, Gelenkschutzinstruktion und Sturzprävention bieten kann (Lüscher, 2015). Weiter können ET`s wirksame Interventionen für Menschen mit Demenz durchführen (Lüscher, 2015). Diese Kompetenzen konnten im Dokument «Wegleitung über die Höhere Fachprüfung Rehabilitationsexpertin / Rehabilitationsexperte für sehbehinderte und blinde Menschen» nicht gefunden werden. Beim Lesen dieses Dokumentes fällt zudem auf, dass Rehabilitationsfachkräfte zwar Gruppeninterventionen durchführen, diese aber auf die Schulung von Fachpersonen und Angehörigen ausgerichtet sind (SZBLIND, 2018c). Somit wird vermutet, dass die Gruppentherapien nach dem Problemlösungsansatz (Berger et al., 2013; Smallfield et al., 2013) nicht hauptsächlich von Rehabilitationsfachkräften durchgeführt werden.

Abschliessend lässt sich sagen, dass es zwar einige Überschneidungen gibt in den Aufgabenbereichen der Rehabilitationsfachkräfte und der ET`s, dass diese aber auch ergänzend genutzt werden können. So können sich die Therapien gegenseitig unterstützen und gemeinsam ein breiteres Angebot an Interventionen bieten.

#### **4.2.3 Limitationen**

Zur vorliegenden Arbeit werden im nächsten Abschnitt einige Limitationen präsentiert und reflektiert. In den Ergebnissen stammen mehr der Informationen aus Quellen der Kategorie (C) gegenüber den Kategorien (A) und (B). Der Grund könnte darin liegen, dass in den Befragungen die Aufgaben der ET`s deutlich genauer beschrieben werden. Die Häufigkeit der Informationen aus Studien der Kategorie (C) schwächt die Evidenz der vorliegenden Arbeit, da die beschriebenen Interventionen aus (C) nicht auf ihre Wirksamkeit untersucht wurden. Dennoch sind diese Informationen interessant, da es sich dabei um Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie handelt, die der Berufspraxis entspringen und tatsächlich so ausgeführt werden. Die Kompetenzen und Aufgaben aus den Quellen (A) und (B) hingegen sind oftmals Interventionsideen, welche nicht immer ohne weiteres von ET`s durchgeführt werden können. Beispielsweise hat die Behavioural Activation eine gute Evidenz, kann aber nicht von allen ET`s durchgeführt werden, da zusätzliches Fachwissen nötig ist (Rovner et al., 2014).

Keine der Hauptstudien hat die Fragestellung der vorliegenden Arbeit konkret untersucht. Die genutzten Studien überprüften die Wirksamkeit von Interventionen oder beschrieben die Tätigkeiten der ET`s im Allgemeinen im interprofessionellen Kontext. Einzig Molitor & Mayou (2018) setzten ihren Fokus ebenfalls auf die Aufgaben und Rollen der ET`s, jedoch aus Sicht der Augenärztinnen und Augenärzte sowie Optometristinnen und Optometristen\*. Dies liegt daran, dass aktuell vermutlich noch keine Studien existieren, welche die Kompetenzen und Aufgaben der ET`s und weiterer Berufsgruppen im interprofessionellen\* Team im Fachbereich der Sehbehinderung erforschten und erfassten.

Es konnten nur wenige Quellen gefunden werden, in welchen die Ergotherapie gemeinsam mit Rehabilitationsfachkräften an der Rehabilitation sehbehinderter Erwachsenen beteiligt war. Oftmals wurde in den Studien die Ergotherapie mit anderen Berufsgruppen als den Rehabilitationsfachkräften kombiniert. Vor allem wurde keine Studie gefunden, in welcher die Berufsgruppe der Fachpersonen für «Lebenspraktische Fähigkeiten» involviert war.

Oftmals wurden in den Quellen die Aufgaben der involvierten ET`s lediglich stichwortartig dargelegt und nicht weiter erläutert. Dies war beispielsweise in McCabe et al. (2000) der Fall. Da die Ergebnisse in diesen Studien jedoch verschiedenste Aufgaben darlegten, entschieden sich die Verfasserinnen, diese dennoch mit in die Arbeit einzubeziehen. Die Übersetzung ins Deutsche forderte bei gewissen Begriffen aufgrund der fehlenden Hintergrundinformationen etwas Interpretation. Beispielsweise bei der Bezeichnung «systemic organisation» war für die Verfasserinnen unklar, um was für eine Organisation es sich konkret handelt. Auch mit weiteren Internetrecherchen konnte diese Unklarheit nicht geklärt werden. Weiter kann der in Molitor & Mayou (2018) genannte Beruf des «Optometrist»\* auf Deutsch unterschiedlich übersetzt werden. Einerseits können Optikerinnen und Optiker gemeint sein, andererseits aber auch Optometristinnen und Optometristen\*. Weiter liessen sich keine Studien aus der Schweiz zu diesem Thema finden. Entsprechend sind alle genutzten Hauptstudien aus anderen westlichen Ländern und können möglicherweise nicht vollumfänglich übertragen werden.

### **4.3 Beantwortung der Fragestellung**

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Kompetenzen und Aufgaben von ET`s in der interprofessionellen\* Sehbehindertenrehabilitation aufgrund aktueller Literatur gesammelt und in Form einer Tabelle zusammengefasst. Stark vertreten sind dabei einerseits Interventionen, welche beim Training und der Adaptation von Alltagsaktivitäten ansetzen. Zudem bilden Umweltaufklärungen und -anpassungen, welche sich in der ICF-Domäne «Umweltfaktoren»\* einordnen lassen, laut den vorliegenden Ergebnissen ebenfalls Hauptaufgaben der ET`s. Ebenso wird auch der Problemlöseansatz mit sehr guter Evidenz empfohlen. Somit bewegen sich die Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie, wie von den Verfasserinnen zu Beginn der Arbeit als Hypothese festgehalten, in der Domäne der Aktivität und Partizipation\*, zusätzlich aber auch in den Umweltfaktoren\*.

Die in den Quellen beschriebenen interprofessionellen\* Teamkonstellationen sind häufig nicht deckungsgleich mit den Teams, mit welchen die ET`s in der Schweiz in der Sehbehindertenrehabilitation zusammenarbeiten. Dadurch ist ein exakter Übertrag in die Praxis in der Schweiz nicht zwingend gegeben. Vielmehr besteht ein Bedarf an weiterer Klärung und Gesprächen. In den einzelnen Teams muss besprochen werden, welches Teammitglied welche Aufgaben übernimmt, was sie oder er darunter versteht und inwiefern sich die Interventionen der unterschiedlichen Professionen überschneiden und wo sie sich ergänzen könnten.

#### **4.4 Empfehlungen für die Praxis**

Diese Arbeit ist ein Beitrag aus der Sicht der Ergotherapie. Für einen ganzheitlichen Einblick in die Interprofessionelle\* Arbeit wäre das Beiziehen von Rehabilitationsfachkräften nötig. Dieser Austausch könnte seitens der Ergotherapie auf der in dieser Arbeit entstandenen ICF-Tabelle (Tabelle 4) aufbauen. So könnten ET`s und Rehabilitationsfachkräfte die Aufgabenbereiche und die ICF-Tabelle abgleichen und über Ergänzungen und Überschneidungen diskutieren. Dabei soll die Teamzusammensetzung und somit das individuelle Vorwissen und die Vorlieben der Teammitgliederinnen und Teammitglieder berücksichtigt werden.

Besonders wichtig scheint den Verfasserinnen aufgrund des vergleichbaren Fokus und ähnlicher Hauptbegriffe der Austausch mit den Fachpersonen für «Lebenspraktische Fähigkeiten». Terminologische Unklarheiten können ein Faktor sein, der die Entwicklung und Profilierung eines Berufsstandes in einem Fachgebiet bremst (Mitzkat et al., 2016). Zur Klärung dieser Unklarheiten ist eine fortlaufende Absprache und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsparteien im Rahmen eines Abgleichs der Verständnisse und weiterführenden Diskussionen sowie Erklärungen sinnvoll. Auch nach Mitzkat et al. (2016) ergibt sich eine Klarheit zu Terminologien nicht von selbst, sondern sie muss durch einen intensiven Diskurs unter Fachleuten erarbeitet werden. Letzten Endes ist es nicht nur wichtig, die Kompetenzen und Aufgaben der anderen Profession zu kennen, sondern auch zu verstehen, was die jeweiligen Teammitglieder für die Klientel im Prozess konkret beitragen können (Sheehan, Robertson & Ormond, 2007).

Auch wenn die Ergotherapie in ähnlichen Bereichen Interventionen durchführt wie die Rehabilitationsfachkräfte, so glauben die Verfasserinnen, kann sich das interprofessionelle\* Team durch unterschiedliche Denk- und Herangehensweisen gut ergänzen und damit gemeinsam die Klientel in ihren individuellen Lebenssituationen optimal unterstützen und begleiten. Heussler & Borle (2014) beschrieben ebenfalls, dass die Durchlässigkeit zwischen den Professionen im Rehabilitationsprozess von Sehbehinderten sich bis anhin als positiv und fruchtbar abzeichnet. Auch die Studie von Kvarnström (2008) unterstreicht, dass eine gute interprofessionelle\* Zusammenarbeit mit der Nutzung von kollaborativen Ressourcen die ganzheitliche Sicht auf die Klientel und deren Probleme verbessert (Kvarnström, 2008).

## 5 Ausblick

In ihrem Artikel für die Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz schrieben Heussler & Borle (2014): «Das Alter – und besonders Sehbehinderung im Alter – könnte ein Arbeitsbereich der Zukunft sein» (S.12). Dazu benötigt es jedoch laut Heussler & Brole (2014) «berufs- und gesundheitspolitische Anstrengungen, um das Thema Sehbehinderung im Alter in der Ergotherapie zu verankern» (S.12).

Um die Etablierung der Ergotherapie im Bereich der Sehbehinderungen weiter zu stärken und voranzutreiben, ist es nötig, dass Diskussionen geführt werden, um die eigenen und fremden Kompetenzen im Team mit Rehabilitationsfachkräften besser verstehen zu können. Durch dieses Verständnis und die darauffolgende Zusammenarbeit könnten mehr sehbehinderte Klientinnen und Klienten effizient und mit sinnvoller Ressourcennutzung therapiert und begleitet werden.

Weiter sollte die Forschung auf diesem Gebiet in der Schweiz vorangetrieben werden. Dabei sollte schwerpunktmässig die Zusammenarbeit unter den verschiedenen involvierten Berufen untersucht werden.

Ein weiterer essentieller Punkt für die Stärkung der Ergotherapie im Feld der Sehbehinderungen liegt laut Heussler & Borle (2014) in Aus- und Weiterbildungen. Die existierenden Spezialisierungen in der Sehbehindertenrehabilitation sind derzeit auf der Ebene einer höheren Fachprüfung angesiedelt. Für ET's wäre aber eine Möglichkeit zur Spezialisierung in der Sehbehindertenrehabilitation in Aus- und Weiterbildungen auf Fachhochschulstufe angemessener. Leider fehlt diese Möglichkeit bis anhin weitgehend (Heussler & Borle, 2014).

# Verzeichnisse

## Literaturverzeichnis

- van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Comijs, H. C., Margrain, T. H., Gallindo-Garre, F., Twisk, J. W. R. et al. (2015). Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 351(8036), 1–9.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.h6127>
- ACVREP. (2019a). Certified Orientation and Mobility Specialist (COMS). *Academy for Certification of Vision Rehabilitation & Education Professionals*. Zugriff am 3.4.2019. Verfügbar unter: <https://www.acvrep.org/certifications/coms>
- ACVREP. (2019b). Certified Low Vision Therapist (CLVT). *Academy for Certification of Vision Rehabilitation & Education Professionals*. Zugriff am 3.4.2019. Verfügbar unter: <https://www.acvrep.org/certifications/clvt>
- ACVREP. (2019c). Certified Vision Rehabilitation Therapist (CVRT). *Academy for Certification of Vision Rehabilitation & Education Professionals*. Zugriff am 3.4.2019. Verfügbar unter: <https://www.acvrep.org/certifications/cvrt>
- AOTA. (2019). About Occupational Therapy. *The American Occupational Therapy Association, Inc.* Zugriff am 1.3.2019. Verfügbar unter: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx>
- Arbesman, M., Lieberman, D. & Berlanstein, D. R. (2013). Methodology for the Systematic Reviews on Occupational Therapy Interventions for Older Adults With Low Vision. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 272–278.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007021>
- Atkinson, R., Crawford, L. & Ward, S. (2006). Fundamental uncertainties in projects and the scope of project management (Rethinking Project Management). *International Journal of Project Management*, 24(8), 687–698.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2006.09.011>
- Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J. D., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E. et al. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390(10091), 231–266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- Bechard, D. J., Day, A. M. B., Dufour, S. P., Dzioba, A., McCabe, C., Rasmussen, S. M. et al. (2010). How Medical Students Conceptualize Disability: Implications



- for Interprofessional Practice and Education. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 1(2), 159–178.  
<https://doi.org/10.22230/jripe.2010v1n2a10>
- Beckley, M. N., Teaford, M. H., Balaswamy, S., Flom, R., Kegelmeyer, D. & Raasch, T. (2007). Low vision: Developing services for older adults. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), 310–312. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00652.x>
- Berger, S., McAteer, J., Schreier, K. & Kaldenberg, J. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 303–311. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005447>
- Berufsbegleitende Weiterbildung zur Rehabilitationsfachkraft. (2018). .  
 Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZBLIND. Zugriff am 9.7.2018. Verfügbar unter:  
<https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachpruefungen/neu-Reha-Leporello-2017-A4-de-v03-BF.pdf>
- Binns, A. M., Bunce, C., Dickinson, C., Harper, R., Tudor-Edwards, R., Woodhouse, M. et al. (2012). How Effective is Low Vision Service Provision? A Systematic Review. *Survey of Ophthalmology*, 57(1), 34–65.  
<https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2011.06.006>
- Blinden- und Behinderten-zentrum Bern. (o. J.-a). Rehabilitation. *b-bern*. Zugriff am 4.4.2019. Verfügbar unter: <https://www.b-bern.ch/beraten-b/rehabilitation/>
- Blinden- und Behinderten-zentrum Bern. (o. J.-b). Das B. *b-bern*. Zugriff am 4.4.2019. Verfügbar unter: <https://www.b-bern.ch/das-b/stiftung-blinden-und-behindertenzentrum-bern/>
- Blümle, A., Lagrèze, W. A. & Motschall, E. (2018). Systematische Literaturrecherche in PubMed: Eine Kurzanleitung. *Gefässchirurgie*, 23(4), 264–275.  
<https://doi.org/10.1007/s00772-018-0373-0>
- Boer, M. R. D., Twisk, J., Moll, A. C., Völker-Dieben, H. J. M., Vet, H. C. W. D. & Rens, G. H. M. B. V. (2006). Outcomes of low-vision services using optometric and multidisciplinary approaches: a non-randomized comparison. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 26(6), 535–544. <https://doi.org/10.1111/j.1475-1313.2006.00424.x>

- BSVSB. (o. J.). Definition von Blindheit, Sehbehinderung und hochgradiger Sehbehinderung. *Blinden- und Sehbehindertenverein Südbaden*. Zugriff am 27.12.2018. Verfügbar unter: <https://www.bsvsb.org/index.php/definition-sehbehindert.html>
- Campbell, A. J., Robertson, M. C., Grow, S. J. L., Kerse, N. M., Sanderson, G. F., Jacobs, R. J. et al. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged  $\geq 75$  with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7520), 817–820.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.38601.447731.55>
- Copolillo, A., Warren, M. & Teitelman, J. L. (2007). Results from a Survey of Occupational Therapy Practitioners in Low Vision Rehabilitation. *Occupational Therapy in Health Care*, 21(4), 19–37. [https://doi.org/10.1080/J003v21n04\\_02](https://doi.org/10.1080/J003v21n04_02)
- Cumming, R. G., Ivers, R., Clemson, L., Cullen, J., Hayes, M. F., Tanzer, M. et al. (2007). Improving vision to prevent falls in frail older people: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(2), 175–181.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01046.x>
- Deemer, A. D., Massof, R. W., Rovner, B. W., Casten, R. J. & Piersol, C. V. (2017). Functional Outcomes of the Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 58(3), 1514–1520. <https://doi.org/10.1167/iovs.16-20001>
- DIMDI. (2019). ICF. *Medizinwissen Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Zugriff am 3.1.2019. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- Dr. Klinkner & Partner GmbH. (2018). Blindstudie. *Analytik.de Die Adresse für Analytiker*. Zugriff am 28.3.2019. Verfügbar unter: <http://www.analytik.de/content/view/4823/109/>
- Eklund, K., Sjöstrand, J. & Dahlin Ivanoff, S. (2008). A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported health problems for the elderly visually impaired. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(2), 68–74.  
<https://doi.org/10.1080/11038120701442963>
- EU. (2018). Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsalterung. *eurostat Statistics Explained*. Zugriff am 22.1.2019. Verfügbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

- explained/index.php/Population\_structure\_and\_ageing/de#Der\_Anteil\_.C3.A4I  
terer\_Menschen\_nimmt\_weiter\_zu
- EVS-ASE. (2015). Auf Sehbehinderungen spezialisierte Ergotherapie: ein neuer Bereich für die Ergotherapie. ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. Zugriff am 19.2.2019. Verfügbar unter:  
<https://www.ergotherapie.ch/download.php?id=327>
- Ferronato, L. & Ukovic, A. (2014). Enabling positive work outcomes for people with low vision: Two case studies. *Work*, 47(3), 381–386.  
<https://doi.org/10.3233/WOR-131770>
- FHNW. (o. J.). BSc Optometrie. *Fachhochschule Nordwestschweiz*. Zugriff am 22.3.2019. Verfügbar unter:  
<https://www.fhnw.ch/de/studium/technik/optometrie>
- Flaxman, S. R., Bourne, R. R. A., Resnikoff, S., Ackland, P., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V. et al. (2017). Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(12), 1221–1234. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30393-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30393-5)
- Girdler, S. J., Boldy, D. P., Dhaliwal, S. S., Crowley, M. & Packer, T. L. (2010). Vision self-management for older adults: a randomised controlled trial. *British Journal of Ophthalmology*, 94(2), 223–228. <https://doi.org/10.1136/bjo.2008.147538>
- Glossary of Terms. (o. J.). *Evidence Based Emergency Medicine (EBEM)*. Zugriff am 27.3.2019. Verfügbar unter: <http://www.ebem.org/definitions.html>
- Golisz, K. (2014). Occupational Therapy Interventions to Improve Driving Performance in Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 662–669.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2014.011247>
- Heussler, F. (2018). CAS Best Practice Geriatrie - Sehbehinderung im Alter. ZHAW, Institut für Ergotherapie.
- Heussler, F. & Borle, R. (2014). Sehbehinderung im Alter – ein Feld für Ergotherapie. *Ergotherapie - Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen Verbandes Schweiz*, 14(10), 12–14.
- Hochschule Luzern. (2017). Festlegung der Untersuchungsform. *Empirical Methods*. Zugriff am 28.3.2019. Verfügbar unter: <https://www.empirical-methods.hslu.ch/forschungsprozess/quantitative-forschung/festlegung-der-untersuchungsform/>

- Huber, M. (2017). *Mixed Methods Design*. Winterthur. Verfügbar unter:  
<https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=942160>
- Hucke, B. (2015). ICF: Bezugsrahmen und Strukturierungshilfe für arbeitsbezogene Ergotherapie. *Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.* (S. 1–14).  
 Gehalten auf der 60. Ergotherapie-Kongress des DVE, Bielefeld: DVE. Zugriff am 23.1.2019. Verfügbar unter: <https://dve.info/resources/pdf/ausweiterbildung/kongress/2015/freitag-1/1952-s-10-hucke/file>
- Justiss, M. D. (2013). Occupational Therapy Interventions to Promote Driving and Community Mobility for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 296–302.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005660>
- Kaba-Schönstein, L. & Kälble, K. (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Frankfurt a.M: Mabuse.
- Kaldenberg, J., Markowitz, M., Markowitz, R. E. & Markowitz, S. N. (2011). The multidisciplinary nature of low vision rehabilitation- A case report. *Work*, 39(1), 63–66.
- Kaldenberg, J. & Smallfield, S. (2013). *Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision* (1. Auflage). Bethesda: Aota Press.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608–620.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191 – 203. <https://doi.org/10.1080/13561820701760600>
- Leat, S. J. (2016). A Proposed Model for Integrated Low-Vision Rehabilitation Services in Canada. *Optometry and Vision Science*, 93(1), 77.  
<https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000000750>
- Liu, C.-J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B. & Mears, K. E. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American*

- Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 279–287.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005512>
- Livengood, H. M. & Baker, N. A. (2015). The role of occupational therapy in vision rehabilitation of individuals with glaucoma. *Disability and Rehabilitation*, 37(13), 1202–1208. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.961651>
- Lüscher, I. (2015). Seinen Alltag meistern Ergotherapie bei älteren Menschen. CURAVIVA Schweiz. Zugriff am 26.3.2019. Verfügbar unter: [https://www.ergotherapie.ch/attachments/content/seinen\\_alltag\\_meistern\\_deutsch.pdf](https://www.ergotherapie.ch/attachments/content/seinen_alltag_meistern_deutsch.pdf)
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), Doc40.  
<https://doi.org/10.3205/zma000932>
- McCabe, P., Nason, F., Demers Turco, P., Friedman, D. & Seddon, J. M. (2000). Evaluating the effectiveness of a vision rehabilitation intervention using an objective and subjective measure of functional performance. *Ophthalmic Epidemiology*, 7(4), 259–270.
- McGrath, C. (2011). Low vision and older adults: the role of occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 13(3), 26–28.
- Meinhold, U. (2019). Sehtrainings. *Blickpunkt Auge Rat und Hilfe bei Sehverlust*. Zugriff am 22.3.2019. Verfügbar unter: <https://blickpunkt-auge.de/sehtrainings.html>
- Mitzkat, A., Berger, S., Reeves, S. & Mahler, C. (2016). More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS Journal for Medical Education*, 33(2). <https://doi.org/10.3205/zma001035>
- Molitor, W. L. & Mayou, R. (2018). The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 36(1), 54–71.  
<https://doi.org/10.1080/02703181.2017.1417343>
- Moroszlaj, S. (2016). Ergotherapie und Sehbehinderung. *Ergotherapie - Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen Verbandes Schweiz*, 16(02), 21.

- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. (2014). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 1–48.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Optics Swiss Suppliers Association. (2013). Marktzahlen. *Optics Swiss Suppliers Association*. Zugriff am 3.1.2019. Verfügbar unter: <http://www.ch-optics.ch/Marktzahlen.aspx?id=m5>
- Pankow, L., Luchins, D., Studebaker, J. & Chettleburgh, D. (2004). Evaluation of a Vision Rehabilitation Program for Older Adults With Visual Impairment: *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(3), 223–232. <https://doi.org/10.1097/00013614-200407000-00010>
- Perlmutter, M. S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H., Engsborg, J. E. & Carolyn Baum, M. (2013). Home lighting assessment for clients with low vision. *Journal of Occupational Therapy*, 67(6), 674–682.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006692>
- Peter, W. (2019, Februar 23). Binomiale Regressionsanalyse. *Statistik-Peter*. Zugriff am 27.3.2019. Verfügbar unter: <http://statistik-peter.at/post/binomiale-regressionsanalyse/>
- Pizzimenti, J. J. (2003). The Low Vision Rehabilitative Service Part One: Understanding Low Vision. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 1(2), 1–5.
- Public Health Resource Unit. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Public Health Resource Unit, England. Verfügbar unter: <http://www.cfkr.dk/images/file/CASP%20instrumentet.pdf>
- Rentsch, H. P. & Bucher, P. O. (Hrsg.). (2005). *ICF in der Rehabilitation : die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (Das Gesundheitsforum) (1. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., Leiby, B. E., Ho, A. C. et al. (2014). Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology*, 121(11), 2204–2211.  
<https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.05.002>

- Rüesch, P., Bänziger, A., Dutoit, L., Gardiol, L., Juvalta, S., Volken, T. et al. (2014). *Prognose Gesundheitsberufe Ergotherapie, Hebammen und Physiotherapie 2025* (ZHAW Reihe Gesundheit). Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit. Verfügbar unter: [www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschul-online-publikationen.html](http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschul-online-publikationen.html)
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Sant, C. (2017). Enabling independence in older adults with visual impairments through digital technology...RCOT (Royal College of Occupational Therapist) Annual Conference 2017. *British Journal of Occupational Therapy*, 80, 11–12.
- Schoessow, K. (2010). Shifting from compensation to participation: a model for occupational therapy in low vision. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 160–169. <https://doi.org/10.4276/030802210X12706313443947>
- Schuntermann, M. (2004). Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zugriff am 21.1.2019. Verfügbar unter: <http://www.pulsmesser.ch/wp-content/uploads/2010/11/ICF-Grundkurs.pdf>
- Schwab, C. & Wedrich, A. (2014). Häufige Augenerkrankungen im Alter. *ARS MEDICI – Schweizer Zeitschrift für Hausarztmedizin*, (17), 851–854.
- Schweizer, K. (2006). *Leistung und Leistungsdiagnostik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Verfügbar unter: [http://sfx.metabib.ch/sfx\\_locator?sid=ALEPH:EBI01&genre=book&isbn=978-3-540-33020-2 &id=doi:10.1007/3-540-33020-8](http://sfx.metabib.ch/sfx_locator?sid=ALEPH:EBI01&genre=book&isbn=978-3-540-33020-2 &id=doi:10.1007/3-540-33020-8)
- Seifert, A. & Schelling, H. R. (2017). *Im Alter eine Sehbehinderung bewältigen - Synthesebericht zur Studie COVIAGE* (Zürcher Schriften zur Gerontologie). Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. Zugriff am 2.8.2018. Verfügbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/322896580\\_Im\\_Alter\\_eine\\_Sehbehinderung\\_bewaltigen\\_-\\_Synthesebericht\\_zur\\_Studie\\_COVIAGE](https://www.researchgate.net/publication/322896580_Im_Alter_eine_Sehbehinderung_bewaltigen_-_Synthesebericht_zur_Studie_COVIAGE)
- Sheehan, D., Robertson, L. & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 17–30. <https://doi.org/10.1080/13561820601025336>

- Skelton, D. A., Howe, T. E., Ballinger, C., Neil, F., Palmer, S. & Gray, L. (2013). Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity limitation in community-dwelling visually impaired older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), N.PAG.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009233.pub2>
- Smallfield, S., Clem, K. & Myers, A. (2013). Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 288–295.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.004929>
- Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz: eine Publikation zur Frage «Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?»* St. Gallen: Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am 27.12.2018. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/user\\_upload/szb-factsheet\\_sehbehinderung\\_und\\_blindheit\\_entwicklung\\_in\\_der\\_schweiz\\_2012.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/user_upload/szb-factsheet_sehbehinderung_und_blindheit_entwicklung_in_der_schweiz_2012.pdf)
- Statista. (o. J.). Statistik-Lexikon: Definition Bivariate Daten. *Statista Lexikon*. Zugriff am 27.3.2019. Verfügbar unter:  
[https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/36/bivariate\\_daten/](https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/36/bivariate_daten/)
- SZBLIND. (2018a). Sehbehinderung im Alter – Qualität in der Beratung und Rehabilitation. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen.
- SZBLIND. (2018b). Die Mitgliedorganisationen des SZBLIND. *Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen*. Zugriff am 15.2.2019. Verfügbar unter:  
<https://www.szb.ch/footer/service/ueberuns/organisation/mitgliederorganisationen/uebersicht/>
- SZBLIND. (2018c). Wegleitung über die Höhere Fachprüfung Rehabilitationsexpertin / Rehabilitationsexperte für sehbehinderte und blinde Menschen. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am 7.3.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/kurse/DE\\_PO\\_HFP\\_WL.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/kurse/DE_PO_HFP_WL.pdf)
- SZBLIND. (2018d). Prüfungsordnung über die höhere Fachprüfung für Rehabilitationsexpertin / Rehabilitationsexperte für sehbehinderte und blinde Menschen. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am



- 7.3.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/kurse/DE\\_PO\\_HFP\\_bf.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/kurse/DE_PO_HFP_bf.pdf)
- SZBLIND. (2019a, Januar 16). Fachgruppe O+M. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am 27.2.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG\\_O\\_M\\_bf\\_Jan19.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG_O_M_bf_Jan19.pdf)
- SZBLIND. (2019b, Januar 18). Fachgruppe Low Vision. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am 27.2.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG\\_Low\\_Vision\\_bf\\_21.01.19.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG_Low_Vision_bf_21.01.19.pdf)
- SZBLIND. (2019c, Januar 16). Fachgruppe LPF. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen. Zugriff am 27.2.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG\\_LPF\\_bf\\_Jan19.pdf](https://www.szb.ch/fileadmin/pdfs/fachgruppen/FG_LPF_bf_Jan19.pdf)
- Trauzettel-Klosinski, S. (2011). Current Methods of Visual Rehabilitation. *Deutsches Aerzteblatt International*, 108(51/52), 871–878.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0871>
- Universität Zürich. (2018a). Pearson Chi-Quadrat-Test. *Methodenberatung*. Zugriff am 28.3.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/proportionen/pearsonuntersch.html#36](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/proportionen/pearsonuntersch.html#36)
- Universität Zürich. (2018b). Mann-Whitney-U-Test. *Methodenberatung*. Zugriff am 27.3.2019. Verfügbar unter:  
[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/zentral/mann.html](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/mann.html)
- USZ. (o. J.). Warum klinische Studien? *Herzlich willkommen am Clinical Trials Center*. Zugriff am 29.3.2019. Verfügbar unter:  
<http://www.ctc.usz.ch:80/forschung/Seiten/klinstudwarum.aspx>
- Virgili, G. & Rubin, G. (2010). Orientation and mobility training for adults with low vision. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003925.pub3>
- Voleti, V. & Hubschman, J.-P. (2013). Age-related eye disease. *Maturitas*, 75(1), 29–33. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.018>
- Voss, P. H. & Rehfuss, E. A. (2013). Quality appraisal in systematic reviews of public health interventions: an empirical study on the impact of choice of tool

- on meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(1), 98–104. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200940>
- Walter, C., Althouse, R., Humble, H., Smith, W. & Odom, J. V. (2007). Vision Rehabilitation: Recipients' Perceived Efficacy of Rehabilitation. *Ophthalmic Epidemiology*, 14(3), 103–111. <https://doi.org/10.1080/09286580601052167>
- WFOT. (2010). Statement on Occupational Therapy. World Federation of Occupational Therapists. Zugriff am 18.1.2019. Verfügbar unter: <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>
- Whitson, H. E., Steinhauser, K., Ammarell, N., Whitaker, D., Cousins, S. W., Ansah, D. et al. (2011). Categorizing the Effect of Comorbidity: A Qualitative Study of Individuals' Experiences in a Low-Vision Rehabilitation Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1802–1809. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03602.x>
- Whitson, H. E., Whitaker, D., Potter, G., McConnell, E., Tripp, F., Sanders, L. L. et al. (2013). A low-vision rehabilitation program for patients with mild cognitive deficits. *JAMA ophthalmology*, 131(7), 912–919. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2013.1700>
- WHO. (2018). Vision impairment and blindness. *World Health Organisation*. Zugriff am 9.1.2019. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- ZHAW. (o. J.-a). Fachinformation Gesundheit. *zhaw*. Zugriff am 19.1.2019. Verfügbar unter: <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/>
- ZHAW. (o. J.-b). Die thematische Recherche. Winterthur. Verfügbar unter: <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/hsb/recherchehilfe-kurse/rechercheablauf-im-detail.pdf>

### **Beurteilungsrasterverzeichnis**

- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels.
- Public Health Resource Unit. (2006). Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Public Health Resource Unit, England. Verfügbar unter: <http://www.cfkr.dk/images/file/CASP%20instrumentet.pdf>

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien.....	17
Tabelle 2: Einordnung der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie im interprofessionellen Setting in die Klassifikationen der ICF. ....	37
Tabelle 3: ausführliche Keywords.....	65
Tabelle 4: ausführliche Ein- und Ausschlusskriterien .....	66
Tabelle 5: ausführliche Einordnung der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie im interprofessionellen Setting in die Klassifikationen des ICFs .....	69
Tabelle 6: Suchmatrix.....	72
Tabelle 7: CASP Berger et al. (2013) .....	79
Tabelle 8: CASP Liu et al. (2013) .....	83
Tabelle 9: CASP Smallfield et al. (2013) .....	89
Tabelle 10: AICA Campbell et al. (2005) .....	95
Tabelle 11: AICA Rovner et al. (2014).....	102
Tabelle 12: AICA Copolillo et al. (2007).....	108
Tabelle 13: AICA Molitor & Mayou (2018) .....	113

Tabellen 1-5 wurden von den Verfasserinnen entworfen.

Für die Tabelle 6 wurde eine Such-Tabelle der ZHAW von den Verfasserinnen leicht abgeändert.

Tabellen 7-9 wurden auf dem CASP von Public Health Resource Unit aufbauend von den Verfasserinnen leicht umformatiert.

Tabellen 10-13 wurden auf dem AICA von Ris & Preusse-Bleuler aufbauend von den Verfasserinnen leicht umformatiert.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Selektionsprozess.....	18
Abbildung 2: Grundschemata der ICF .....	36
Abbildung 3: ausführlicher Selektionsprozess .....	68

Abbildung 1 und 3 wurden von den Verfasserinnen entworfen.

Abbildung 2 ist entnommen aus: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2005, S. 21

# **Anhang**

## **Wortzahl**

Abstract: 194 Worte

Hauptdokument: 11`349 Worte

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei allen Personen unseres privaten und schulischen Umfeldes für ihre Unterstützung bedanken.

Einen speziellen Dank richten wir an unsere Dozentin Sabine Hendriks, welche uns als Begleitperson während dem gesamten Arbeitsprozess beiseite stand und uns in anspruchsvollen Situationen und bei offenen Fragen immer mit Rat und Geduld weiterhalf.

Ebenfalls wollen wir hier unsere Praxispartnerinnen Stefania Balzan und Nina Ledergerber ein grosses Dankeschön aussprechen, welche uns auf das Thema aufmerksam gemacht haben. Auch sie hatten jederzeit ein offenes Ohr für Fragen und nahmen sich Zeit für einen Einblick in ihre Tätigkeiten, sowie für mehrere Treffen und Gespräche.

Ein weiterer Dank gebührt unseren fleissigen Feedbackkerinnen und Feedbackkern, welche sich die Zeit nahmen, unsere Arbeit geduldig durchzulesen und uns auf Unklarheiten hinzuweisen.

## **Eigenständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Lena Hofer

Sandra Schnüriger

---

Winterthur, den 03.05.2019

## Glossar

ADLs	Aktivitäten des täglichen Lebens, die sich auf die Pflege des eigenen Körpers beziehen («Occupational Therapy Practice Framework», 2014)
Aktivitäten nach ICF	Die «Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person» (Schuntermann, 2004, S.2)
AMD, Altersbedingte Makuladegeneration	«Chronisch degenerative Erkrankung der zentralen Netzhaut» (Schwab & Wedrich, 2014, S. 851)
Betätigung	Bedeutungsvolle Aktivitäten im täglichen Leben («Occupational Therapy Practice Framework», 2014)
Binominale Regressionsanalysen	Überprüft einen Zusammenhang zwischen der Zielvariable und möglichen Einflussvariablen (Peter, 2019)
Boolesche Operatoren	Mithilfe dieser Wortverbindungen können verschiedene Suchworte sinnvoll verknüpft werden (AND, OR, NOT) (ZHAW, o. J.-b).
CAT «Critically Appraised Topic»	Eine kurze Zusammenfassung einer Suche und kritischen Bewertung der Literatur zu einer fokussierten klinischen Frage («Glossary of Terms», o. J.)
Chi-Quadrat-Test	Prüft, «ob sich die Häufigkeitsverteilung einer kategorialen Variable von einer theoretisch angenommenen Verteilung» (bspw. einer Normalverteilung) unterscheidet (Universität Zürich, 2018a, Absatz 2)
bivariate Daten	Daten bei welchen gleichzeitig 2 Merkmale beobachtet wurden, um mögliche Zusammenhänge zu erkennen (Statista, o. J.)
Exzentrisches Sehen	Spezielle Sehtechnik, mit der noch vorhandene Reste des Gesichtsfeldes genutzt werden (Meinhold, 2019)
einfachblinde randomisierte klinische Studie	
Einfachblind	Die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen wissen nicht, ob sie in der Versuchsgruppe oder in der Kontrollgruppe eingeteilt sind, die Forschenden wissen es jedoch (Dr. Klinkner & Partner GmbH, 2018)

Randomisiert	Technik, wodurch alle Teilnehmende die gleichen Chancen haben, in den jeweiligen Gruppen zugeteilt zu werden («Glossary of Terms», o. J.)
Klinische Studie	Eine Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit oder Sicherheit einer medizinischen Behandlungsmethode (USZ, o. J.)
Glaukom	Grüner Star, «eine Gruppe von Erkrankungen, welchen ein progredienter Verlust retinaler Nervenfasern gemeinsam ist» (Schwab & Wedrich, 2014, S. 852)
IADLs	Aktivitäten, die das Tägliche Leben zuhause und in der Wohngemeinde unterstützen («Occupational Therapy Practice Framework», 2014)
Interprofessionelle Zusammenarbeit	bedeutet, «dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen [...] Kompetenzbereichen [...] im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patienten-orientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden» (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004, S. 40). «Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit überschneiden sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe» (Mahler, Gutmann, Karstens & Joos, 2014, Absatz 5).
Katarakt	Grauer Star, «Trübung der Linse» (Schwab & Wedrich, 2014, S. 851)
Konfidenzintervalle	Bereich für die geschätzte Populationsverteilung («Glossary of Terms», o. J.)
Körperfunktionen nach ICF	«Physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschliesslich psychologische Funktionen)» (Schuntermann, 2004, S. 2)
Körperstrukturen nach ICF	«Anatomische Teile des Körpers» (Schuntermann, 2004, S. 2)
Mann-Whitney-U-Test	«Testet, ob die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind» und «wird verwendet,

	wenn die Voraussetzungen für einen <i>t</i> -Test nicht erfüllt sind» (Universität Zürich, 2018b, Absatz 2).
Mixed-Methods-Design	In einer Studie werden qualitative und quantitative Forschungsansätze kombiniert, um die Fragestellung zu beantworten und die Validität zu verbessern (Huber, 2017).
Optometrie	Die Optometrie ist eine Hochschul-Profession, die sich mit der Untersuchung des Auges sowie Sehhilfen befasst (FHNW, o. J.)
Ophthalmologie	Augenheilkunde
Partizipation nach ICF	Teilhabe, «Teilhabe ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich» (Schuntermann, 2004, S. 2)
Personbezogene Faktoren nach ICF	Faktoren wie Alter, Geschlecht und Charakter (Schuntermann, 2004)
nicht-experimentelle Querschnittsuntersuchung	
Nicht-experimentell	«Der Vergleich eines Merkmals zwischen zwei Gruppen» wird «erst nach der Erhebung» durchgeführt. Die Teilnehmenden werden nicht willkürlich einer Gruppe zugeteilt und es wird «keine Manipulation von Variablen vorgenommen» (Hochschule Luzern, 2017, Absatz 6 )
Querschnittsuntersuchung	Eine Momentaufnahme, welche auf einer einmaligen Datenerhebung beruht (Hochschule Luzern, 2017)
RCTs (randomized controlled trials)	Eine kontrollierte klinische Studie, in der die Studiengruppen durch Randomisierung gebildet werden («Glossary of Terms», o. J.)
Relatives Risiko	Verhältnis der Inzidenzraten, sprich des Risikos von «Exponierten» verglichen zu jenem von «Nicht-Exponierten» («Glossary of Terms», o. J., Absatz 51 )
Teilhabe	«Das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich» (Schuntermann, 2004, S. 2)

Trunkierungen	«schneiden ein Wort an einer bestimmten Stelle ab und erlauben dann beliebige Wortendungen» (ZHAW, o. J.-b, S. 12 ).
Umweltfaktoren nach ICF	«Bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten» (Schuntermann, 2004, S. 2)
Validität	Ein Gütekriterium, ob wirklich das gemessen wurde, was gemessen werden sollte («Glossary of Terms», o. J.)



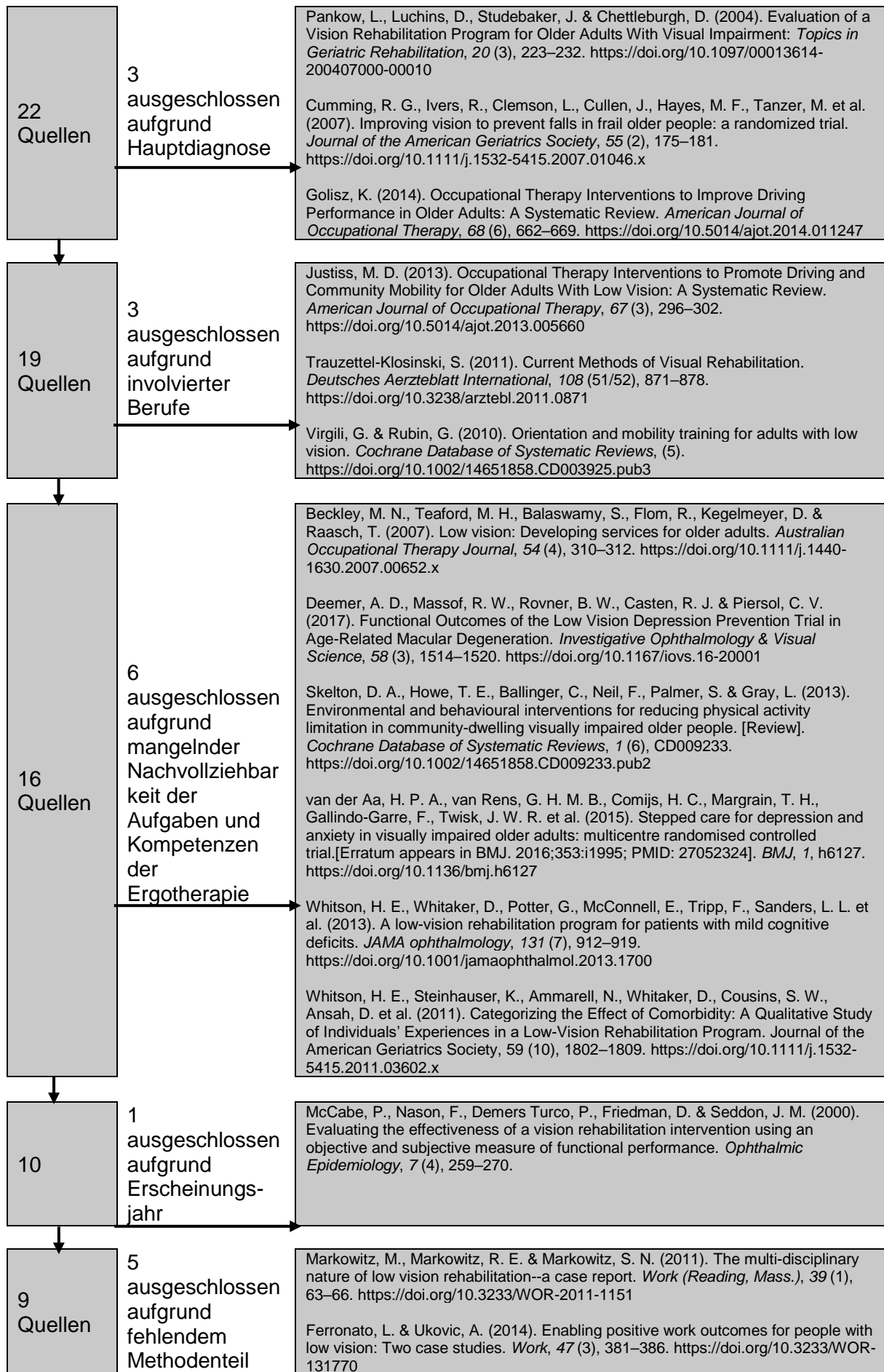
## Ausführliche Tabellen und Abbildungen

Tabelle 3: ausführliche Keywords

Elemente der Fragestellung	Schlüsselwort Deutsch	Suchbegriffe englisch	Cinahl Headings	Mesh Term
<b>Phänomen</b>	Sehbeeinträchtigung	Low Vision (LV) Visual Impairment(s), Sight Impairment(s),	Rehabilitation of Vision Impaired	Vision Disorders Vision, Low
<b>Intervention</b>	Kompetenzen,	Competence, expertise, competency, skill(s), proficiency	Professional Competence Clinical Competence	-
	Aufgaben,	Task, function, role, assignment, job, duty	Job Description Job Characteristics	
	Ergotherapie	Occupational Therapy, Occupational Therapist	Occupational Therapy	Occupational Therapy
	Interprofessionelle Behandlungsteams	Interprofessional, Interdisciplinary, Multidisciplinary	Interprofessional Relations	Interprofessional Relations
<b>Population</b>	Chronische Erkrankung	chronic disease, chronic condition, chronic disorder, chronic ailment	Chronic Disease	Chronic Disease
	Erwachsene	Adults		
	Grauer Star Linsentrübung Cataracta Katarakt	Cataract	Cataract	Cataract
	Glaukom Grüner Star	Glaucoma	Glaucoma	Glaucoma
	Makuladegeneration	Age related Macular Degeneration (AMD)	Macular Degeneration	Macular Degeneration
	Diabetische Retinopathie	Diabetic Retinopathy	Diabetic Retinopathy	Diabetic Retinopathy
	Hornhauttrübung	Corneal opacity	Corneal Opacity	Corneal Opacity

Tabelle 4: ausführliche Ein- und Ausschlusskriterien

		<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<b>Population</b>	Alter der Studienteilnehmenden	Erwachsene über 18 Jahre	Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
	Hauptdiagnose	durch im Erwachsenenalter aufgetretene chronische Erkrankungen des Auges verursachte Sehbeeinträchtigungen	Nicht durch eine chronische Erkrankung verursachte Sehbeeinträchtigungen, beispielsweise durch eine Hirnverletzung. Oder Blindheit seit der Kindheit.
<b>Intervention</b>	Involvierte Berufe	Die Ergotherapie ist im interprofessionellen Team beteiligt	Monoprofessionelle Arbeit der Ergotherapie Oder: die Ergotherapie ist nicht im interprofessionellen Team beteiligt
	Nachvollziehbarkeit der Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie	Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie werden in mehreren Sätzen konkret beschrieben	Die Aufgaben oder Kompetenzen der Ergotherapie sind nicht, nur kurz oder zu allgemein formuliert
<b>Setting</b>	Gesundheitssystem	Ein Land mit einem ähnlich guten Gesundheitssystem wie die Schweiz (Nord- und Westeuropa, Kanada, Australien, Neuseeland, USA) (Barber et al., 2017), damit die Ergebnisse in die Schweiz übertragen werden können.	
	Erscheinungsjahr	In den letzten 15 Jahren erschienen (2005-2019)	Vor 2005 erschienen. Denn in dieser Zeit war dieses Arbeitsfeld selbst in den USA noch wenig entwickelt, wie Copolillo et. al. im Jahre 2007 berichten (Copolillo et al., 2007).
<b>Literaturgattung</b>	Methodenteil	Studie oder Review mit Methodenteil, um die Evaluation, bzw. die Beurteilung der Quellen zu ermöglichen.	Positionspapiere oder Tertiärliteratur ohne Methodenteil werden nicht berücksichtigt, da die Überprüfung dieser der Rahmen dieser Arbeit überschreitet.



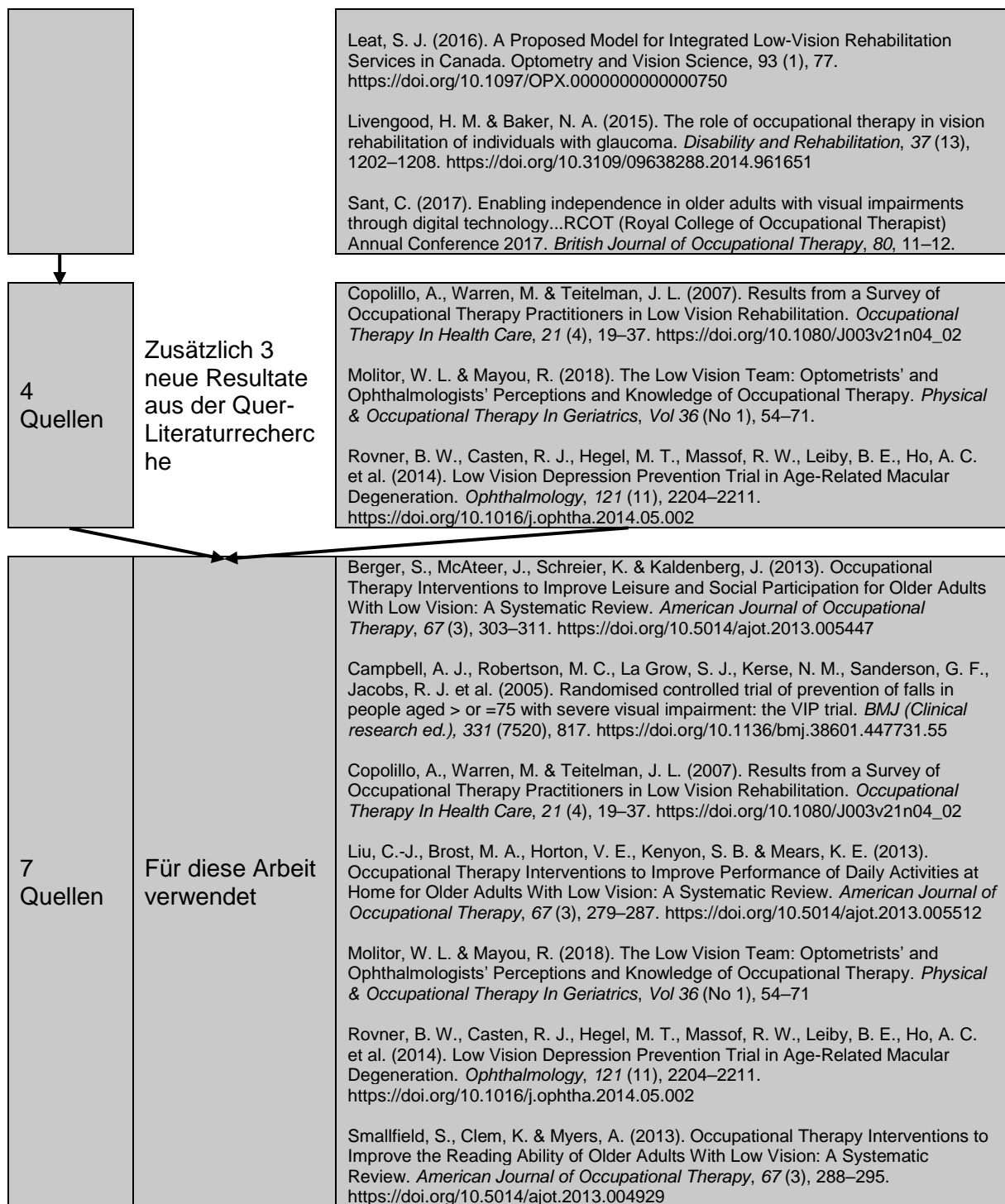


Abbildung 3: ausführlicher Selektionsprozess

Tabelle 5: ausführliche Einordnung der Kompetenzen und Aufgaben der Ergotherapie im interprofessionellen Setting in die Klassifikationen des ICFs

<b>ICF Klassifikationen</b>	<b>Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie</b>
	<p>A) In Reviews empfohlen                      B) In einer randomisierten Studie geprüft.                      C) In einer Befragung von Berufsleuten genannt. Oder: wurde in einer interprofessionellen Studie von ET`s ausgeführt, aber nicht primär auf Effektivität untersucht.</p>
<b>Klassifikation der Körperfunktionen</b>	
Kapitel 1: Mentale Funktionen	Strategien für psychosoziale Faktoren/Coping (Krankheitsverarbeitung), (C) (Molitor & Mayou, 2018)
b152 Emotionale Funktionen	Behavioural Activation wirkt sich auf die Stimmung der Betroffenen aus (B) (Rovner et al., 2014)
Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz	
<i>Seh- und verwandte Funktionen (b210–b229)</i>	Erfassung mittels standardisierter Assessments (C) (Copolillo et al., 2007)
	Training von Sehfunktionen (C) (Copolillo et al., 2007)
b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)	Exzentrisches Sehtraining (C) (Molitor & Mayou, 2018)
b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	Erfassung und Training von Techniken zur Substitution von Sehvermögen (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
<b>Klassifikation der Körperstrukturen</b>	
Kapitel 7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen	Erfassung und Training der Körperhaltung (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
<b>Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]</b>	<p>Unterweisung in adaptiven Techniken (A) (Smallfield et al., 2013)</p> <p>Anwendung von Optischen Hilfsmitteln in täglichen Aktivitäten unterstützen (A) (Smallfield et al., 2013), (C) (Copolillo et al., 2007), (C) (Molitor &amp; Mayou, 2018)</p> <p>Gruppentherapien, in denen die ET`s spezialisierte Fachpersonen aus anderen Professionen einladen, die Informationen zu verschiedenen Betätigungsthemen geben (A) (Eklund et al., 2008, eine Studie aus; Smallfield et al., 2013)</p> <p>Schulung im Umgang mit optischen und nicht-optischen Geräten (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)</p>
Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung	
d166 Lesen	<p>Schulung in passenden Lesetechniken (A) (Smallfield et al., 2013)</p> <p>Unabhängigkeit bei täglichen Aktivitäten wie Lesen fördern (C) (Molitor &amp; Mayou, 2018)</p>
d170 Schreiben	Unabhängigkeit bei täglichen Aktivitäten wie Schreiben fördern (C) (Molitor & Mayou, 2018)
d175 Probleme lösen	Problemlösungsorientierte Gruppentherapie (8x2h): Kennenlernen von verschiedenen sehbehindertenspezifischen Strategien (A) (Eklund et al., 2008, eine Studie aus; Smallfield et al., 2013), (A) (Berger, McAteer, Schreier & Kaldenberg, 2013)
Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	<p>Aus der Behavioural Activation entwickelte Aktionspläne konzentrieren sich auf visuell bedingte Schwierigkeiten in Aktivitäten (B) (Rovner et al., 2014)</p> <p>Erfassung und Training adaptiver Techniken (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)</p>

	Vereinfachung der Arbeit (A) (Smallfield et al., 2013), (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
d220 Mehrfachaufgaben übernehmen	Abläufe werden in der Behavioural Activation vereinfacht (B) (Rovner et al., 2014)
d230 Die tägliche Routine durchführen	Aus der Behavioural entwickelte Aktionspläne werden in den Tagesablauf integriert (B) (Rovner et al., 2014)
d2303 Das eigene Aktivitätsniveau handhaben	Instruktion zu Energieeinsparung (A) (Smallfield et al., 2013) (A) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
<b>Kapitel 4: Mobilität</b>	
d4600 Sich in seiner Wohnung umherbewegen	Innenmobilität fördern (C) (Copolillo et al., 2007)  Eine Diskussion mit den Betroffenen über Gegenstände, Verhaltensweisen oder fehlende Ausrüstung, welche zu Stürzen führen könnten, initiieren (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)
d4601 Sich in anderen Gebäuden ausserhalb der eigenen Wohnung umherbewegen	Orientierung & Mobilität Training (C) (Molitor & Mayou, 2018)
d4602 Sich ausserhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umherbewegen	Orientierung & Mobilität Training (C) (Molitor & Mayou, 2018)
Sich mit Transportmitteln fortbewegen (d470–d489)	Orientierung & Mobilität Training (C) (Molitor & Mayou, 2018)
<b>Kapitel 5: Selbstversorgung</b>	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens (A) (Boer et al., 2006, eine Studie aus; Liu et al., 2013)  ADL Interventionen (C) (Copolillo et al., 2007)  Schulung und Training in betätigungsorientierten Themen (z.B. Selbstversorgung, Kommunikation, Orientierung und Mobilität, Kochen, Einkaufen, finanzielles Management, Reinigung) (A) (Smallfield et al., 2013)  Erfassung, häufig mittels nicht standardisierten Assessments (C) (Copolillo et al., 2007)
d540 Sich kleiden	Unabhängigkeit bei täglichen Aktivitäten wie dem Anziehen fördern (C) (Molitor & Mayou, 2018)
d5700 Für seinen physischen Komfort sorgen	Erfassung und Training des Gelenkschutzes (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
d5702 Seine Gesundheit erhalten	Aufklärung der Klientel über ihre Erkrankung und zusätzliche Informationen und Ressourcen diesbezüglich (A) (Smallfield et al., 2013) (C) (Molitor & Mayou, 2018)  Diabetes-Selbst-Management unterstützen (C) (Copolillo et al., 2007)
<b>Kapitel 6: Häusliches Leben</b>	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens (A) (Boer et al., 2006, eine Studie aus; Liu et al., 2013) (C) (Molitor & Mayou, 2018)
<b>Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</b>	Aktionspläne in der Behavioural Activation konzentrieren sich auf die Steigerung der Sozialen Aktivitäten (B) (Rovner et al., 2014)
<b>Klassifikation der Umweltfaktoren</b>	Umweltanpassungen (A) (Smallfield et al., 2013), (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013), (C) (Copolillo et al., 2007)  Umweltveränderungen im Rahmen der Behavioural Activation (B) (Rovner et al., 2014)  Heimabklärungen und –anpassungen mithilfe einer leicht abgeänderten Version des «Westmead home safety assessment (WeHSA)» (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)  Eine Diskussion mit den Betroffenen über Gegenstände, Verhaltensweisen oder fehlende Ausrüstung, welche zu Stürzen

	führen könnten, initiieren (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)
Kapitel 1: Produkte und Technologien	Einige Objekte werden im Rahmen der Behavioural Activation mit kontrastreichem Band markiert (B) (Rovner et al., 2014)
e1150 Allgemeine Produkte zum persönlichen Gebrauch	Beseitigung von Unordnung, Entfernen oder Wechseln loser Fussmatten im Rahmen einer Heimabklärung (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)  Umweltanpassungen zur besseren Strukturierung (Organisation) (C) (McCabe et al., 2000, eine Studie aus; Liu et al., 2013)
e1251 Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für die Kommunikation	Modifikation von Computer sowie weitere technische Anpassungen (C) (Copolillo et al., 2007)
e1550 Entwurf, Konstruktion sowie Bauprodukte und Technologien für Zu- und Ausgänge von privaten Gebäuden	Installation von Haltegriffen und Treppengeländern, Streichen der Treppenkanten im Rahmen einer Heimabklärung (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)
Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	
e240 Licht	Verbesserung der Beleuchtung im Rahmen der Behavioural Activation (B) (Rovner et al., 2014)  Verbesserung der Beleuchtung im Rahmen einer Heimabklärung (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)
e2400 Lichtintensität	Reduzierung von blendendem Licht im Rahmen einer Heimabklärung (B, beschränkte Güte der Studie) (Campbell et al., 2005)  Beleuchtung mit Ständerlampe im Lesebereich des Wohnzimmers (A) (Berger et al., 2013)
e2401 Lichtqualität	Anpassung der Beleuchtung einschliesslich Kontrast und Blendungsbegrenzung (C) (Molitor & Mayou, 2018)
Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen	
e310 Engster Familienkreis	Im Falle einer Depression oder bei Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung Information der Angehörigen (C) (Copolillo et al., 2007)
e355 Fachleute der Gesundheitsberufe	Im Falle einer Depression oder bei Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung Information des Arztes (C) (Copolillo et al., 2007)  Gruppentherapien, in denen die ET's spezialisierte Fachpersonen aus anderen Professionen einladen, die Informationen zu verschiedenen Betätigungsthemen geben (A) (Eklund et al., 2008, eine Studie aus; Smallfield et al., 2013)
e360 Andere Fachleute	Im Falle einer Depression oder bei Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung Weiterweisung an einen Psychologen (C) (Copolillo et al., 2007)  Gruppentherapien, in denen die ET's spezialisierte Fachpersonen aus anderen Professionen einladen, die Informationen zu verschiedenen Betätigungsthemen geben (A) (Eklund et al., 2008, eine Studie aus; Smallfield et al., 2013)
Kapitel 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	
e5550 Dienste von Vereinigungen und Organisationen	Im Falle einer Depression oder bei Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung Weiterweisung an eine Gruppe für Menschen mit Sehbehinderung (C) (Copolillo et al., 2007)

## Suchmatrix Hauptquellen

Tabelle 6: Suchmatrix

Datum	Stichwörter Schlagwörter (Englisch)	Datenbank	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Relevante Literatur (später ausgeschlossene Studien sind grau hinterlegt)
09.01. 2018	("Vision, Low"[Mesh]) AND "Occupational Therapy"[Mesh]	PubMed	46	10 (Und 2 aus dem Jahre 1995)	6	(Justiss, 2013) (Berger et al., 2013) (Smallfield et al., 2013) (Liu et al., 2013) (Whitson et al., 2011) (McCabe et al., 2000)
<i>Nach einer allgemeinen Übersicht über das Thema wird noch nach spezifischen Inhalten gesucht.</i>						
	low vision occupational therapy competence		6	0	0	
	low vision occupational therapy expertise		2	0	0	
	low vision occupational therapy competency		0	0	0	
	low vision occupational therapy skill		13	6, davon 2 bekannt	4, davon 2 ohne Methodenteil	(Golisz, 2014) (Kaldenberg et al., 2011)
	low vision occupational therapy proficiency		0	0	0	
	low vision occupational therapy Task		13	1	1	(Deemer, Massof, Rovner, Casten & Piersol, 2017)
	low vision occupational therapy function		45	10, davon 3 bekannt und 1 aus 1995	3	(Whitson et al., 2013) (Campbell et al., 2005) (van der Aa et al., 2015)
	low vision occupational therapy role		9	0	0	
	low vision occupational therapy assignment		0	0	0	
	low vision occupational therapy job		0	0	0	
	low vision occupational therapy duty		0	0	0	
<i>Es ergaben sich mit dem Suchbegriff «low vision» in Kombination mit den Keywords zu den Aufgaben und Kompetenzen keine Treffer mehr. Nun wird mit «visual impairment» weiter gesucht.</i>						
	visual impairment occupational therapy competence		9	0	0	
	visual impairment occupational therapy expertise		2	0	0	



	visual impairment occupational therapy competency		0	0	0	
	visual impairment occupational therapy skill		7			
	visual impairment occupational therapy skills		54	15, davon 7 bekannt, viele andere über Kinder	1, davon 1 ohne Methodenteil	
<i>Es wird nun das Wort «adults» in die Schlagwörter einbezogen</i>						
	visual impairment occupational therapy proficiency adults		0	0	0	
	visual impairment occupational therapy task adults		28	2, davon 1 bereits bekannt	2, davon 1 bereits bekannt	
	visual impairment occupational therapy function adults		119	?	?	
	visual impairment occupational therapist's function adults		14	5, davon 4 bereits bekannt	5, davon 4 bereits bekannt	(Skelton et al., 2013)
	visual impairment occupational therapy role adults		8	0	0	
	visual impairment occupational therapy assignment adults		1	0	0	
	visual impairment occupational therapy job adults		0	0	0	
	visual impairment occupational therapy job duty		0	0	0	
<i>Es ergaben sich mit dem Suchbegriff « occupational therapy» in Kombination mit den Keywords zu den Aufgaben und Kompetenzen sowie der Erkrankung keine Treffer mehr. Nun wird mit «occupational therapist» weiter gesucht.</i>						
10.1.1 9	low vision occupational therapist competence adults		2	0	0	
	low vision occupational therapist expertise adults		2	0	0	
	low vision occupational therapist competency adults		0	0	0	
	low vision occupational therapist skills adults		2	2, davon 1 bekannt	1 bereits bekanntes	
	low vision occupational therapist proficiency adults		0	0	0	

	low vision occupational therapist task adults		5	1, davon 1 bereits bekannt	1 bereits bekanntes	
	low vision occupational therapist function adults		14	8, davon 6 bereits bekannt	6 bereits bekannte	
	low vision occupational therapists role adults		1	1 bereits bekannte	0	
	low vision occupational therapist assignment adults		0	0	0	
	low vision occupational therapist job adults		0	0	0	
	low vision occupational therapist duty adults		0	0	0	
<i>Es ergaben sich mit dem Suchbegriffen zur Ergotherapie in Kombination mit den Keywords zu den Aufgaben und Kompetenzen keine Treffer mehr. Nun wird mit dem Aspekt der Interprofessionalität weiter gesucht.</i>						
	low vision occupational therapy Interprofessional		0			<i>PubMed kennt das Wort « Interprofessional » nicht.</i>
	low vision occupational therapy interprofessional		0	0	0	
	low vision occupational therapy Interdisciplinary		2	1 bekannter		
	low vision occupational therapy Multidisciplinary		9	8, davon 5 bekannt	2 bekannte	
	occupational therapy visual impairment interprofessional		1	0	0	
	occupational therapy visual impairment interdisciplinary		9	1 bereits bekanntes		
	occupational therapy visual impairment multidisciplinary		2	1 bekanntes	0	
<i>Auch ergaben sich mit den Suchbegriffen zur Interprofessionalität keine neuen Resultate mehr. Nun wird noch nach spezifischen Krankheitsbildern gesucht.</i>						
	occupational therapy cataract		48	3	1	(Cumming et al., 2007)
	occupational therapy glaucoma		32	2, davon 1 bekannt	2, davon 1 bekannt	(Livengood & Baker, 2015)
	occupational therapy Age related Macular Degeneration		33	10, davon 7 bekannt	7, davon 5 bekannt	
	occupational therapy Diabetic Retinopathy		22	4, davon 2 bekannt	0	
	occupational therapy Corneal opacity		4	0	0	

	<i>Da nun mit allen notierten Keywords keine neuen Studien gefunden werden konnten, wird Datenbank gewechselt</i>					
10.01.2019	(MH "Rehabilitation of Vision Impaired") AND (MH "Occupational Therapy")	CINAHL	111	?	?	
	(MH "Occupational Therapy") AND (MH "Rehabilitation of Vision Impaired") AND (MH "Professional Competence")		2	1	(1 ohne Methoden-teil)	
	(MH "Occupational Therapy") AND (MH "Rehabilitation of Vision Impaired") AND (MH "Clinical Competence")		3	0	0	
<i>Nach einer allgemeinen Übersicht über das Thema wird noch nach spezifischen Inhalten gesucht.</i>						
	Low vision AND "occupational therap*" AND competence*		7	3	(1 ohne Methodenteil)	
	Low vision AND "occupational therap*" AND expertise		1	0	0	
	Low vision AND "occupational therap*" AND competency		2	0	0	
	Low vision AND "occupational therap*" AND skill*		11	4, davon 3 bekannt	3 bekannte	
	Low vision AND "occupational therap*" AND proficiency		0	0	0	
	Low vision AND "occupational therap*" AND task*		11	1	0	
	Low vision AND "occupational therap*" AND function*		24	4, davon 4 bekannt	4, davon 4 bekannt	
	Low vision AND "occupational therap*" AND role*		15	4	(3 ohne Methoden-teil)	
	Low vision AND "occupational therap*" AND assignment*		0	0	0	
	Low vision AND "Occupational therap*" AND job*		1	0	0	
	Low vision AND "Occupational therap*" AND dut*		1	1, davon 1 bekannt	1, davon 1 bekannt	
<i>Es ergaben sich mit dem Suchbegriff « low vision » in Kombination mit den Keywords zu den Aufgaben und Kompetenzen keine Treffer mehr. Nun wird mit « visual impairment » weiter gesucht.</i>						
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND competence*		2	0	0	

	visual impairment AND "Occupational therap*" AND expertise		0	0	0	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND competency		1	0	0	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND skill*		18	1	1	(Pankow, Luchins, Studebaker & Chettleburgh, 2004)
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND proficiency		2	0	0	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND task*		4	0	0	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND function*		32	7, davon 4 bekannt	3 bereits bekannte	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND role*		12	4, davon 3 bekannt	2, davon 1 bekannt	(Sant, 2017)
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND assignment*		3	2, davon 1 bekannt	1, davon 1 bekannt	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND job*		2	0	0	
	visual impairment AND "Occupational therap*" AND dut*		2	1, davon 1 bekannt	1, davon 1 bekannt	
<i>Es ergaben sich mit dem Suchbegriff «occupational therap*» in Kombination mit den Keywords zu den Aufgaben und Kompetenzen keine Treffer mehr. Nun wird mit dem Aspekt der Interprofessionalität weiter gesucht.</i>						
	( Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary ) AND "Occupational therap*" AND Low vision		7	5, davon 5 bekannt	3, davon 3 bekannt	
	( Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary ) AND Low vision		32	10	7, davon 5 bekannt	(Leat, 2016) (Virgili & Rubin, 2010)
	( Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary ) AND "Visual impairment"		59	4	3, davon 1 bekannt und 1 ohne Methodenteil	(Trauzettel-Klosinski, 2011)
	( Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary ) AND "Sight impairment"		2	0	0	
	[Any Field] like "Low vision" AND [Any Field] like "Occupational therap*" AND [Any Field] like 'competence'	OTseeker	0	0	0	

	[Any Field] like "Low vision" AND [Any Field] like "Occupational therap*" AND [Any Field] like 'expertise'		0	0	0	
	[Any Field] like "Low vision" AND [Any Field] like "Occupational therap*" AND [Any Field] like 'competenc*'		0	0	0	
	[Any Field] like "Low vision" AND [Any Field] like "Occupational therap*"		9	4 bekannte	4 bekannte	
	[Any Field] like "Visual impairment*" AND [Any Field] like "Occupational therap*"		8	2, davon 1 bekannt	1, davon 1 bekannt	
	[Any Field] like "sight impairment*" AND [Any Field] like "Occupational therap*"		0	0	0	
	[Any Field] like 'Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary' AND [Any Field] like "Low vision"		3	3, davon 3 bekannt	3, davon 3 bekannt	
	[Any Field] like 'Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary' AND [Any Field] like "visual impairment*"		1	0	0	
	[Any Field] like 'Interprofessional OR Interdisciplinary OR Multidisciplinary' AND [Any Field] like "Sight impairment*"		0	0	0	
3.1.19	vision, low.ab. and competence.af. and "occupational therap*".ab.	AMED	0	0	0	
	vision, low.ab. and expertise.af. and "occupational therap*".ab.		0	0	0	
	Weil sich wenig Resultate ergeben, werden nur Keywords verwendet, die bei anderen Datenbanken viele Treffer ergaben					
	vision, low.ab. and skills.af. and "occupational therap*".ab.		0	0	0	
	vision, low.ab. and role.af. and "occupational therap*".ab.		0	0	0	
	low vision".ab. and interprofessional.af. and "occupational therap*".ab.		0	0	0	

	low vision.ab. and (interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary).af. and "occupational therap*".af.		5	4, davon 3 bekannt	4, davon 3 bekannt	(Ferronato & Ukovic, 2014)
	(visual impairment or Sight Impairment).ab. and (interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary).af. and "occupational therap*".af.		0	0	0	
<i>Die Datenbank scheint wenig zu dem Thema zu haben. Deshalb wird die Suche mit einer Quer-Literatursuche fortgesetzt.</i>						
23.1.1 9	Die Quelle folgende Quelle passt sehr gut zum Thema: (Livengood & Baker, 2015) Sie wird auf Tandfonline gesichtet. Unter der Rubrik «People also read» wird nach passenden Artikeln gesucht.	Tandfonline				(Copolillo et al., 2007) (Molitor & Mayou, 2018)
	Folgender neu gefundener Artikel wurde gelesen: (Molitor & Mayou, 2018) Dabei wurde auch die verwendete Literatur gesichtet.					(Beckley et al., 2007)
	Folgender Artikel wurde gelesen: (Skelton et al., 2013) Dort wurde eine Studie beschrieben, welche zu diesem Zeitpunkt noch nicht erschienen war.					(Rovner et al., 2014)
<i>Weitere queere Literatursuchen ergaben nur bereits bekannte oder ungeeignete Ergebnisse. Es wird deshalb davon ausgegangen, dass die Literatur voll ausgeschöpft ist.</i>						

# Kritische Würdigung Hauptquellen

## Kritische Würdigung Berger et al. (2013) nach CASP

### Paper for appraisal and reference:

Occupational Therapy Interventions to Improve Leisure and Social Participation for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. Berger, S., McAteer, J., Schreier, K. & Kaldenberg, J. (2013)

Tabelle 7: CASP Berger et al. (2013)

### Section A: Are the results valid?

1. Did the review address a clearly focused question?	Yes	<input type="checkbox"/>	<b>HINT: An issue can be 'focused' in terms of</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the population studied</li> <li>• the intervention given</li> <li>• the outcome considered</li> </ul>
	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	

#### Comments:

«Diese Review untersuchte die Evidenz über die Wirksamkeit von Interventionen im Rahmen der ergotherapeutischen Praxis zur Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit in der Freizeit und der sozialen Teilhabe älterer Erwachsener mit Sehbehinderung.»

Das Ergebnis der inkludierten Studien musste im Bereich der «leisure or social participation» (= Freizeit oder soziale Partizipation) liegen.

2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes	<input type="checkbox"/>	<b>HINT: 'The best sort of studies' would</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• address the review's question</li> <li>• have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)</li> </ul>
	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	

#### Comments:

9 der 13 miteinbezogenen Studien waren Level I RCTs (Randomised Controlled Trials), 1 Studie hatte ein Level II nonrandomized controlled design und 3 Studien weisen eine Level III Evidenz. Davon hatte eine nur eine Untersuchungsgruppe mit nicht randomisiertem Design, eine war ein nicht randomisierter pretest-posttest, und die Letzte eine nicht randomisierter controlled trial.

«Die enthaltenen Studien bewerteten Interventionsansätze, die im Bereich und Umfang der Praxis der Ergotherapie liegen.» → ABER Die Interventionen wurden nicht immer von ETs durchgeführt:

- Brody et al. (1999) -> nicht bezeichnet
- Conrod & Overbury (1998) -> geschulte Fachkräfte für die jeweiligen Interventionen
- Elliott & Kuyk (1994) -> O&M Spezialist
- Hinds et al. (2003) -> Interprofessionelles Team aber ohne ET (ophthalmologist, ophthalmic, nurse, social worker, and rehabilitation worker)
- La Grow (2004) -> nicht bezeichnet
- Reeves, Harper & Russell (2004) -> Rehabilitation officer mit Erfahrung in Sehrehabilitation
- Rovner & Casten (2008) -> Pflegefachkraft oder Berater, welche in der Problemlösungsbehandlung ausgebildet sind.
- Scanlan & Cuddeford (2004) -> Pflegefachkraft für Sehrehabilitation
- Shuttleworth, Dunlop, Collins & James (1995) -> Orthoptist mit 3 monatigem Training in der Low vision Rehabilitation

-> Lediglich in 4 der 13 miteinbezogenen Studien war die Ergotherapie mit involviert, in 2 Studien wurde nicht genannt, welche Profession die Intervention durchführte und in 7 Studien wurden die Interventionen von anderen Berufsgruppen durchgeführt.

Dies könnte aber auch daran liegen, dass zu wenig ergotherapiespezifische Literatur auf die gestellte Frage bezogen existiert.

Die Interventionen und Ziele der ausgewählten Studien passen jedoch sehr gut zu der gestellten Frage. Bzw. es haben alle die Freizeit oder soziale Partizipation als Hauptaugenmerk, Outcome.

### Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes  
Can't tell  
No

✕

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

Die Literatursuche wurde auf den Datenbanken Medline, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, und OTseeker durchgeführt. Darüber hinaus wurden zusammengefasste Informationsquellen wie die Cochrane Database of Systematic Reviews und die Campbell Collaboration in die Suche einbezogen. Dazu wurden die Referenzlisten der involvierten Studien für mögliche passende Artikel durchgegangen und gewisse, ausgewählte Zeitschriften manuell durchsucht. → sehr breites Suchspektrum

Es wurden 605 Abstracts überprüft, 50 Artikel wurden durchgelesen und auf ihre Relevanz begutachtet und letzten Endes wurden 13 dieser Studien in die Review eingeschlossen.

Alle Studien sind in Englisch verfasst (andere Sprache = Ausschlusskriterium). Sie kommen aus Schweden (2), Schottland (1), Neuseeland (1), England (2) und Kanada (1). Bei 6 Studien ist nicht ersichtlich, in welchem Land sie durchgeführt wurden.

Die Studien durften nicht älter als 1990 sein (älter = Ausschlusskriterium). Daten aus Präsentationen, Konferenzberichten, nicht von Fachleuten begutachteter Forschungsliteratur, Dissertationen und Thesen wurden ausgeschlossen. Nur Level I, II und III Evidenzen wurden miteinbezogen.

Es wurde kein persönlicher Kontakt mit (weiteren) Experten erwähnt. Die Studien wurden allesamt auf Datenbanken gesucht, wodurch Zugang nur zu veröffentlichte Studien möglich war. Der Zugang zu unveröffentlichten Studien wurde nicht beschrieben, ist aber vermutlich auch sehr umständlich und nur schwer zu bewerkstelligen.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes  
Can't tell  
No

✕

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results («All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

Die Artikel wurden überprüft, um ihre Qualität (scientific rigor and lack of bias) und das Niveau der Evidenz zu ermitteln. Anschliessend wurde eine Evidenztabelle aufgesetzt mit jeweils einer Zusammenfassung der Methoden der Studie und deren Ergebnisse sowie einer Bewertung ihrer Stärken und Schwächen in Bezug auf Design und Methodik.

Die Review-Autorinnen haben zudem ein Critically Appraised Topic (CAT) durchgeführt. Sie haben eine Zusammenfassung und Bewertung der Schlüsselergebnisse, ein klinisches Fazit, sowie die Auswirkungen für die Ergotherapie herausgearbeitet.

Zudem wurden in der Übersichtstabelle über die Hauptstudien die Einschränkungen der jeweiligen Studie (Study Limitations) aufgezeigt.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes  
Can't tell  
No

✕

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Die Ergebnisse wurden in 4 Themenbereiche zusammengefasst und eingeteilt.

**Problemlösungsansatz:**

3 Level I Studien sprechen dafür (Brody et al., 1999; Dahlin Ivanoff, Sonn, & Svensson, 2002; Rovner & Casten, 2008).



Zusätzlich befürworten 2 Studien einen Gruppen-Problemlösungsansatz (Brody et al., 1999; Dahlin Ivanoff, Sonn, & Svensson, 2002).

#### **Kombination von Dienstleistungen:**

3 Studien untersuchten einen interdisziplinären Ansatz (Hinds et al., 2003; McCabe, Nason, Demers Turco, Friedman, & Seddon, 2000; Pankow, Luchins, Studebaker, & Chettleburgh, 2004). Zusätzliche 3 Studien hatten einen oder mehrere Fachleute der gleichen Profession, die eine Reihe von Dienstleistungen anbieten (Elliott & Kuyk, 1994; La Grow, 2004; Shuttleworth, Dunlop, Collins, & James, 1995).

#### **Kompetenztraining:**

2 Level I Studien haben verschiedene Arten von Kompetenztrainings mit ihrer Klientel durchgeführt (Conrod & Overbury, 1998; Scanlan & Cuddeford, 2004).

#### **Hausbesuche und Umwelthanpassungen:**

3 Level I Studien untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen im Wohnumfeld der Betroffenen (Brunnström, Sörensen, Alsterstad, & Sjöstrand, 2004; Reeves, Harper, & Russell, 2004; Rovner & Casten, 2008).

Jede der Hauptstudien wurde in die Gruppierungen miteinbezogen, jedoch alle, bis auf Rovner & Casten, (2008) (-> 2 Themengebiete), nur in jeweils einem Themengebiet.

Die Resultate der Studien waren mehrheitlich ähnlich, es gab aber auch solche, die in ähnlichen Programmen keine Wirksamkeit aufzeigten, in welchen andere Wirksamkeit darstellten. Die Resultate der verschiedenen Studien wurden miteinbezogen, auch wenn die Resultate nicht für die Wirksamkeit eines der Themen sprachen. In einem solchen Fall wurde die Evidenz der Effektivität des Themas, bzw. der Herangehensweise angepasst und entsprechend niedriger gesetzt. Die Resultate sind sehr kurz gefasst, aber es wird jede Studie kurz und verständlich erklärt. Für genauere Infos zu den einzelnen Studien kann die dazu verfasste Tabelle mit den Zusammenfassungen etc. betrachtet werden.

Im Diskussionsteil wird nicht auf die möglichen Gründe für nicht effektive Programme oder den Unterschied von effektiven und nicht effektiven Programmen im gleichen Bereich eingegangen.

### Section B: What are the results?

#### 6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

#### Comments:

Die Review liefert starke Belege dafür, dass spezifische Interventionen im Rahmen der Ergotherapie bei der Förderung der Freizeit und sozialen Teilhabe älterer Erwachsener, die mit Sehverlust leben, wirksam sind.

Aus den Studien gingen laut den Autorinnen 4 Kernthemen hervor:

(1) einen Problemlösungsansatz, (2) eine Kombination von Dienstleistungen, (3) Kompetenztraining und (4) Hausbesuche und Umwelthanpassungen.

Diese Kernthemen wurden aufgrund der Evidenz ihrer Effektivität eingeteilt.

Problemlösungsansatz → Starke Evidenz

Kombination von Dienstleistungen → Moderate Evidenz

Kompetenztraining → gemischte Ergebnisse für die Evidenz

Hausbesuche und Umwelthanpassungen → gemischte Ergebnisse für die Evidenz

Innerhalb dieser Kernthemen wurden anschliessend die Möglichkeiten und Ansätze für ETs beschrieben.

#### 7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:  
Die Ergebnisse sind sehr nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht mit Zahlen untermauert.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>HINT: Consider whether</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern</li><li>• your local setting is likely to differ much from that of the review</li></ul>
	Can't tell	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	

Comments:  
Die Patienten der in der Review benutzten Studien hatten mehrheitlich eine Altersbedingte Makuladegeneration (AMD). Dies ist eine in der Praxis, auch in der Schweiz häufig vorkommende Klientengruppe. Aber dieser Fokus auf ein Krankheitsbild kann einen Übertrag auf andere Krankheitsbilder erschweren. Es macht ihn aber nicht unmöglich, da auch die älteren Menschen mit anderen chronischen Augenkrankheiten auf ähnliche Schwierigkeiten und Hindernisse stossen werden und vermutlich auch von ähnlichen Interventionsansätzen profitieren werden, wenn man diese entsprechend auf sie individuell anpasst (was sowieso passieren sollte, bei allen Klientinnen und Klienten).

Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar. Es wird zwar nicht genau gleich gearbeitet aber der Wissensstand, sowie der Ausbau des Gesundheitssystems sind vergleichbar.

9. Were all important outcomes considered?	Yes	<input type="checkbox"/>	<b>HINT: Consider whether</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• there is other information you would like to have seen</li></ul>
	Can't tell	<input type="checkbox"/>	
	no	<input checked="" type="checkbox"/>	

Comments:  
Es wäre interessant gewesen, wenn in der Diskussion noch etwas genauer darauf eingegangen werden würde, wie die ETs den anderen Berufsgruppen mit den empfohlenen Therapieansätzen nicht in die Queere kommen. Schliesslich wurden bei mindestens 7 der Studien die Interventionen nicht von ETs durchgeführt. Auch eine Begründung, wann denn die ETs diese Interventionen durchführen sollen und wann die anderen Berufsgruppen (da sie ja in einigen Studien von anderen Berufsgruppen durchgeführt wurden, wäre interessant und sinnvoll gewesen.

Zudem wäre es spannend gewesen, genauer darauf einzugehen, warum die Ergebnisse zur Wirksamkeit bei den Kernthemen Kompetenztraining und Hausbesuche und Umweltanpassungen so gemischt waren.

Ansonsten sind die aus den Kernthemen abgeleiteten Ansätze für die ETs mit dem Beruf der Ergotherapie stimmig und im groben verständlich dargestellt.

Die für die Review benutzten Studien wurden auf ihr wesentliches zusammengefasst und verständlich dargestellt.

10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>HINT: Consider</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• even if this is not addressed by the review, what do <b>you</b> think?</li></ul>
	Can't tell	<input type="checkbox"/>	
	no	<input type="checkbox"/>	

Comments:  
Es wird vermutet, dass die zusätzlichen Aufwände für die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie den Miteinbezug der Ergotherapie lohnend sind. Denn durch das (Wieder-) Aufnehmen von Freizeittätigkeiten und sozialer Partizipation kann die Quality of Life der Klientinnen und Klienten wieder gesteigert werden.

## Kritische Würdigung Liu et al. (2013) nach CASP

### Paper for appraisal and reference:

Occupational Therapy Interventions to Improve Performance of Daily Activities at Home for Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. Liu, Brost, Horton, Kenyon & Mears (2013)

Tabelle 8: CASP Liu et al. (2013)

Section A: Are the results valid?						
<p>1. Did the review address a clearly focused question?</p>	<p>Yes Can't tell No</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">✗</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>	✗			<p>HINT: An issue can be 'focused' in terms of</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the population studied</li> <li>• the intervention given</li> <li>• the outcome considered</li> </ul>
✗						
<p>Comments:</p> <p>Ziel war es, die Wirksamkeit von Massnahmen im Rahmen der ergotherapeutischen Praxis zur Aufrechterhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Performanz bei täglichen Aktivitäten zu Hause für ältere Erwachsene mit Sehbehinderung zu ermitteln.</p> <p>Die Review befasste sich mit der folgenden fokussierten Frage: Was ist der Beweis für die Wirksamkeit von Massnahmen im Rahmen der Ergotherapie zur Aufrechterhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der Leistung bei ADLs und IADLs zu Hause für ältere Erwachsene mit Sehbehinderung?</p> <p>Der Begriff «low vision» oder «visual impairment» musste in den Artikeln vorkommen, die Studienteilnehmer mussten eine Diagnose von AMD, Katarakt, diabetischer Retinopathie oder Glaukom haben, oder ihr Visusniveau musste als Sehschwäche gelten.</p>						
<p>2. Did the authors look for the right type of papers?</p>	<p>Yes Can't tell No</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">✗</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>	✗			<p>HINT: 'The best sort of studies' would</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• address the review's question</li> <li>• have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)</li> </ul>
✗						
<p>Comments:</p> <p>9 der 17 miteinbezogenen Studien waren Level 1 RCTs (Randomised Controlled Trials), weitere 5 Studien wurden in Level 2 eingeteilt (4x Quasi-experimental design, 1x nicht randomisierte controlled trial) und 3 Studien wurden ins Evidenzlevel 3 (3x One-group, pretest–posttest design) eingestuft.</p> <p>In der tabellarischen Zusammenfassung der ausgewählten Studien ist nicht auf den ersten Blick sichtbar, welche Berufsgruppe die Intervention durchgeführt hatte. Bei einigen Studien fehlt diese Information in der Tabelle komplett.</p> <p>In 6 Studien wurden ETs in die Interventionen miteinbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-De Boer et al., 2006</li> <li>-Eklund, Sjöstrand, &amp; Dahlin Ivanoff, 2008</li> <li>-Girdler, Boldy, Dhaliwal, Crowley, &amp; Packer, 2010</li> <li>-Lamoureux et al., 2007</li> <li>-McCabe, Nason, Demers Turco, Friedman, &amp; Seddon, 2000</li> <li>-Pankow, Luchins, Studebaker, &amp; Chettleburgh, 2004</li> </ul> <p>In den restlichen verwendeten Studien war entweder nicht definiert, welche Berufsgruppe die Intervention durchführte, oder die Intervention wurde ausschliesslich von anderen Berufsgruppen als der ET durchgeführt.</p> <p>Dies könnte aber auch daran liegen, dass zu wenig ergotherapiespezifische Literatur auf die gestellte Frage bezogen existiert.</p> <p>Die Interventionen und Ziele der ausgewählten Studien passen jedoch zur gestellten Frage (ausgenommen des Aspektes der Ergotherapie, der nicht immer erfüllt wird). Das Augenmerk wird auf die Leistung bei ADLs und IADLs zu Hause für ältere Erwachsene mit Sehbehinderung gelegt.</p>						

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes  
Can't tell  
No

×

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

Die Literatursuche wurde auf den Datenbanken Medline, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, und OTseeker durchgeführt. Darüber hinaus wurden zusammengefasste Informationsquellen wie die Cochrane Database of Systematic Reviews und die Campbell Collaboration in die Suche einbezogen. Dazu wurden die Referenzlisten der involvierten Studien für mögliche passende Artikel durchgegangen und gewisse, ausgewählte Zeitschriften manuell durchsucht. → sehr breites Suchspektrum

Die Suche auf den elektronischen Datenbanken führte zu 510 Resultaten. Dazu kamen 107 Resultate, welche von einem ähnlichen evidenzbasierten Review-Projekt (Justiss, 2013) übernommen werden konnten und zusätzliche 2 Studien, welche den Autorinnen durch Kollegen empfohlen wurden. Das ergibt ein Total von 619 Studien, welche aufgrund ihrer Titel und Abstracts als passend oder unpassend beurteilt werden mussten. Dadurch wurde die Zahl der Studien auf 41 verringert. In den Referenzen dieser 41 Studien wurden weitere 10 als relevant erachtete Studien gefunden. Bei diesen 51 Studien wurde der Volltext anschliessend gescreent und doppeltes wurde entfernt, sodass letztendlich die 17 Hauptstudien feststanden.

Die Studiensuche und das Screening der gefundenen Studien wurden von 2 der Autorinnen unabhängig voneinander durchgeführt und anschliessend besprochen. Bei Unstimmigkeiten wurde ein dritter Autor hinzugezogen.

Alle Studien sind auf Englisch verfasst (andere Sprache = Ausschlusskriterium) und kommen aus Deutschland (1), Schweden (1), Niederlande (1), Neuseeland (1), Australien (2), USA (2), England (2), Kanada (1), USA/England (1).

Bei 5 Studien ist nicht ersichtlich, in welchem Land sie durchgeführt wurden (Brody et al., 2005 -> Vermutung USA), (Girdler et al., 2010 -> Vermutung Australien), (Packer et al., 2009 -> Vermutung Australien), (Nilsson, 1990), (Engel et al., 2000).

So sind die in der Review benötigten Studien geografisch sehr weit verteilt, was auf eine gute Abdeckung hinweist. Die Studien durften nicht älter als 1990 sein (älter = Ausschlusskriterium). Daten aus Präsentationen, Konferenzberichten, nicht von Fachleuten begutachteter Forschungsliteratur, Dissertationen und Thesen wurden ausgeschlossen. Nur Level I, II und III Evidenzen wurden miteinbezogen.

Es fand bezüglich der gefundenen Literatur ein Austausch mit anderen Forschenden statt (107 Ergebnisse von Justiss, 2013). Weitere Gespräche mit Experten werden aber nicht genannt. Auf 2 Studien wurden sie von Kollegen oder Kolleginnen aufmerksam gemacht. In der Review könnte demnach publizierte und nicht publizierte Literatur enthalten sein. Dies wird aber nicht schriftlich bestätigt oder geklärt. Dies ist lediglich eine Vermutung und nicht im Rahmen der Review dargelegt.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes  
Can't tell  
No

×

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results («All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

Die Artikel wurden überprüft, um ihre Qualität (scientific rigor and lack of bias) und das Niveau der Evidenz zu ermitteln. Anschliessend wurde eine Evidenztabelle aufgesetzt mit jeweils einer Zusammenfassung der Methoden der Studie und deren Ergebnisse sowie einer Bewertung ihrer Stärken und Schwächen in Bezug auf Design und Methodik.

Die Review-Autorinnen haben zudem ein Critically Appraised Topic (CAT) durchgeführt. Sie haben eine Zusammenfassung und Bewertung der Schlüsselergebnisse, ein klinisches Fazit, sowie die Folgerungen für die Ergotherapie herausgearbeitet.

Zudem wurden in der Übersichtstabelle über die Hauptstudien die Einschränkungen der jeweiligen Studie (Study Limitations) aufgezeigt.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes

Can't tell

No

X

HINT: Consider whether

• results were similar from study to study

• results of all the included studies are clearly displayed

• results of different studies are similar • reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Die Ergebnisse wurden in 3 Themenbereiche zusammengefasst und eingeteilt.

**«Mehrkomponenten-Intervention»:**

4 Studien beinhalteten Interventionen mit mehreren Interventionsansätzen.

2 RCTs führten Selbstmanagementprogramme durch, die sich auf die Forschung im Bereich der chronischen Krankheiten stützen ((Brody et al., 2002, 2005); (Girdler, Boldy, Dhaliwal, Crowley, & Packer, 2010; Packer, Girdler, Boldy, Dhaliwal, & Crowley, 2009)).

Ein dritter RCT führte ein Gesundheitsbildungsprogramm durch (Dahlin Ivanoff et al., 2002; Eklund & Dahlin-Ivanoff, 2007; Eklund et al., 2004, 2008).

Die vierte Studie, eine Level-II-Studie, wandte sechs Module der psychosozialen Intervention an (Birk et al., 2004).

«Alle Studien zu diesem Thema zeigten signifikant positive Ergebnisse am Ende der Intervention. Von den 3 Studien, die Folgebewertungen beinhalteten, wurde die Wirkung auf ADLs und IADLs bei einigen der Teilnehmer beibehalten.»

**Einkomponenten-Intervention:**

Fokussierten sich auf einen Interventionsansatz.

4 Studien konzentrierten sich auf das Training des Umgangs mit Low Vision Hilfsmitteln. Von diesen 4 Studien verglichen 2 RCTs und 1 Level II Studie mehrere Trainingseinheiten mit entweder einer Trainingseinheit (Nilsson, 1990; Scanlan & Cuddeford, 2004) oder Aufmerksamkeitskontrolle (Stelmack, Moran, Dean, & Massof, 2007; Stelmack et al., 2008).

Die Ergebnisse dieser Studien deuten darauf hin, dass mehrere Trainingseinheiten förderlicher sind als eine Trainingseinheit oder kein Training.

Die 4. Studie zu diesem Thema ist eine Level-II-Studie (La Grow, 2004), welche einen umfassenden Low-Vision-Service (präklinische Bewertung, erste Low-Vision-Prüfung, Training mit Low Vision Hilfsmittel und einen anschließenden Hausbesuch) mit Multiple-Skills-Training (unabhängige Lebenskompetenz, Orientierung und Mobilität, Kommunikation sowie Freizeit- und Freizeitaktivitäten) vergleicht.

Die Forscher fanden keine statistischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in den ADL- und IADL-Fertigkeiten.

4 weitere Studien konzentrierten sich auf weitere Themen wie die Wirkung vom Tragen von Prismen (Smith et al., 2005 -> keine Unterschiede zwischen den Gruppen), exzentrischem Sehtraining (Vukicevic & Fitzmaurice, 2009 -> signifikante Verbesserung der ADL-Ergebnisse), Hausbesuchen von Servicelehrern (Engel, Welsh, & Lewis, 2000 -> keine Verbesserung der ADL-Ergebnisse) oder Anpassungen der Beleuchtung zu Hause (Brunnström, Sörensen, Alsterstad, & Sjöstrand, 2004 -> signifikante Verbesserungen in zwei Küchenaktivitäten).

**Multidisziplinäre Intervention:**

5 Studien bewerteten den Ansatz eines multidisziplinären Low Vision-Rehabilitationsteams. In 4 dieser Studien war ein ET Mitglied des Interventionsteams (deBoer et al., 2006; Lamoureux et al., 2007; McCabe, Nason, Demers Turco, Friedman, & Seddon, 2000; Pankow, Luchins, Studebaker, & Chettleburgh, 2004).

1 RCT, untersuchte die Wirkung einer massgeschneiderten Intervention auf die persönlichen Rehabilitationsziele der Teilnehmenden (Pankow et al., 2004 -> Interventionsgruppe hatte signifikant grössere Fortschritte bei ihrer Performanz in Lebensaufgaben).

1 Level-II-Studie verglich eine multidisziplinäre Intervention mit einer einzigen disziplinären Intervention eines Optikers (de Boer et al., 2006 -> beide Gruppen zeigten Verbesserungen, aber

es gab keine signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen → ABER der Augenoptiker hat neben der Verschreibung dieser Geräte die Betroffenen auch in der Verwendung dieser Geräten geschult.)

1 weitere Level III Studie führte eine Programmevaluierung eines Rehabilitationsteams durch (Lamoureux et al., 2007 -> Kombination aus Ergotherapie und Mobilitäts- und Orientierungsdiensten = signifikante Verbesserung der Mobilität und Unabhängigkeit).

Die anderen 2 Studien bewerteten die Wirkung von Zusatzleistungen zusätzlich zu den regulären Leistungen des Low Vision Rehabilitation Teams.

1 RCT verglich zwei Interprofessionelle Programme, bei welchen eines die Familienmitglieder in alle Sessionen miteinschloss (McCabe et al., 2000 -> Beide Gruppen verbesserten die ADL- und IADL-Ergebnismessungen, aber es wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt).

1 weitere RCT bewertete die Wirkung von Hausbesuchen (Reeves, Harper, & Russell, 2004-> keine signifikante Unterschiede bei zusätzlichen Hausbesuchen).

Die Überthemen sind sehr breit gehalten. Einen einheitlichen schnellen Überblick zu finden fällt schwer. Die Studie von La Grow scheint mit ihrem umfassenden Low-Vision-Service, sowie dem Multiple-Skills-Training etwas unpassend in der Kategorie «Einkomponenten Intervention». Die Resultate aller Hauptstudien sind kurz dargestellt (brachte etwas eine (signifikante) Verbesserung mit sich oder nicht), werden aber nicht mit Zahlen untermauert. Die in den Studien geprüften Programme werden mehrheitlich klar und kurz beschrieben.

In einigen Studien zeigte die Untersuchung keine Evidenz für die Wirksamkeit der Intervention. Mögliche Gründe dafür, welche die Autorinnen der Studien formulierten, wurden in der Review kurz genannt.

## Section B: What are the results?

### 6. What are the overall results of the review?

#### HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

#### Comments:

Die Ergebnisse der Review deuten darauf hin, dass Ergotherapie das Potenzial hat, die ADL- und IADL-Leistung zu Hause bei älteren Erwachsenen mit Sehbehinderung aufrechtzuerhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern.

Es kristallisierten sich 3 Interventionsansätze heraus:

(1) Mehrkomponenten Intervention, (2) Einkomponenten Intervention und (3) multidisziplinäre Intervention.

Aus den Resultaten dieser Review ergeben sich zwei Prinzipien für Ergotherapeuten:

1. Mehrkomponenten Interventionen, welche das Wissen über Low Vision, die Verwendung von Low Vision Geräten, Problemlösungsstrategien und gesellschaftliche Ressourcen beinhalten/abdecken, sind die effektivsten Ansätze.
2. Mehrere Trainingseinheiten geben den älteren Menschen genügend Zeit, um die neuen Kenntnisse und Fähigkeiten in ihre täglichen Aktivitäten miteinzubeziehen.

«Es wurden solide Beweise gefunden, welche die Mehrkomponenten Interventionen und Einkomponenten Interventionen unterstützen, wenn sie über mehrere Trainingseinheiten durchgeführt wurden. Es wurden auch Belege dafür gefunden, dass die Anpassung multidisziplinärer Interventionen an die Ziele der TN und das Einbeziehen der ET die Selbstständigkeit zu Hause bei älteren Erwachsenen mit eingeschränkter Sehkraft verbessern kann.»

Die Evidenz deutet darauf hin, dass mehrkomponentige Gruppeninterventionen für ältere Erwachsene mit niedrigem Sehvermögen ein effektiver Ansatz sind.

Die Ergebnisse aus Studien über Einkomponenten Interventionen deuten darauf hin, dass mehrere Trainingssitzungen im Umgang mit Low Vision-Geräten oder exzentrischem Sehen die Unabhängigkeit älterer Erwachsener zu Hause verbessern.



Diese systematische Review legt auch nahe, dass multidisziplinäre Interventionen, insbesondere wenn sie auf die Ziele des Kunden zugeschnitten sind, zu positiven Ergebnissen führen können.

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Einige in den enthaltenen Studien verwendete Fragebögen bewerteten neben ADLs und IADLs auch andere funktionelle oder gesundheitliche Bereiche. Dadurch können in diesen Studien die spezifischen Ergebnisse von ADLs und IADLs nicht von anderen Bereichen getrennt werden. Denn es spielten auch andere Bereiche eine Rolle zur Auswertung, nicht nur die ADLs und IADLs.

Der Grad der Forschungsqualität spiegelt die Höhe der Evidenz wider. Für Level I-Studien erstreckte sich die TQS (total quality score) von .69 bis .92, mit einem Mittelwert von .81. Für Level-II-Studien reichte die TQS von .56 bis .84, mit einem Mittelwert von .69. Für Level-III-Studien reichte die TQS von .40 bis .67, mit einem Mittelwert von .57. → die höchstmögliche TQS ist 1.

Die Studien wurden kurz beschrieben, die Ergebnisse der Studien wurden aber nicht mit Zahlen aus diesen untermauert.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes

✗

Can't tell

No

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern

- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

Altersbedingte Makuladegeneration (AMD) war die häufigste Sehschwäche in allen Studien. 8 Studien rekrutierten ausschliesslich Klientinnen und Klienten mit AMD (Birk et al., 2004; Brody et al., 2002; Brody, Roch-Levecq, Thomas, Kaplan, & Brown, 2005; Dahlin Ivanoff, Sonn, & Svensson, 2002; Eklund & Dahlin-Ivanoff, 2007; Eklund, Sjöstrand, & Dahlin-Ivanoff, 2008; Eklund, Sonn, & Dahlin-Ivanoff, 2004; Nilsson, 1990; Reeves, Harper, & Russell, 2004; Scanlan & Cuddeford, 2004; Smith, Dickinson, Cacho, Reeves, & Harper, 2005; Vukicevic & Fitzmaurice, 2009).

Da AMD aber auch in der Praxis in der Schweiz sehr häufig vertreten ist, widerspiegelt dies aber dennoch eine gute, ziemlich realitätsnahe Gruppe. Dennoch kann dieser Fokus auf ein Krankheitsbild einen Übertrag auf andere Krankheitsbilder erschweren. Es macht ihn aber nicht unmöglich, da auch die älteren Menschen mit anderen chronischen Augenkrankheiten auf ähnliche Schwierigkeiten und Hindernisse stossen werden und vermutlich auch von ähnlichen Interventionsansätzen profitieren werden, wenn man diese entsprechend auf sie individuell anpasst (was sowieso passieren sollte, bei allen Klientinnen und Klienten).

Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar. Es wird zwar nicht genau gleich gearbeitet aber der Wissensstand, sowie der Ausbau des Gesundheitssystems sind vergleichbar.

9. Were all important outcomes considered?

Yes

Can't tell

no

✗

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

Es wäre interessant gewesen, mehr über die Aufgaben der ETs in diesem Fachgebiet zu lesen. Es wurden zwar allgemein gültige Ergebnisse präsentiert und damit dargestellt, was wichtig ist. Diese Punkte lassen sich von ETs bestimmt in ihre Therapien miteinbeziehen, sie können aber auch durch andere Berufsgruppen eingesetzt und durchgeführt werden. Generell wäre ein stärkerer

Fokus auf die ET wünschenswert gewesen (da auch lediglich in 6 Studien die ET erwähnt mit involviert wurde), da diese auch in der Diskussion kaum speziell genannt wird.

Mit dem Ziel der Review «die Wirksamkeit von Massnahmen im Rahmen der Ergotherapie zur Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von ADLs und IADLs zu bewerten» wurden höhere Erwartungen auf den Bezug zur ET gesetzt.

In den Prinzipien für ETs (zusammengefasste Ergebnisse) wird «community resources» (=gesellschaftliche Ressourcen) genannt. Es fehlt aber jegliche Erklärung, was darunter verstanden wird. Auch bei anderen Ergebnissen (z.B. «problemsolving strategies») wird keine Erklärung dafür gegeben.

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes

Can't tell

no

×

HINT: Consider

• even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments:

Es wird davon ausgegangen, dass Interventionen, welche auf mehreren Komponenten die Schwierigkeiten der Klientel angehen sinnvoll sind, da sie auf mehreren Ebenen Lösungsmöglichkeiten bringen und damit die meist vielschichtigen Probleme der Betroffenen gut angehen. Auch, dass die Betroffenen durch mehrere Trainingseinheiten das Gelernte besser üben und anschliessend besser in ihren Alltag integrieren können hört sich sinnvoll an.

Auch dass multidisziplinäre Ansätze effektiv sind, ist nachvollziehbar, da so jede Profession die Betroffenen nach ihrem besten, berufsspezifischen Wissen unterstützen und begleiten können. Mit Gruppeninterventionen (welche ebenfalls empfohlen werden) können sogar Kosten gespart werden, da lediglich ein Therapeut anwesend sein muss, welcher mit mehreren Klientinnen und Klienten die Therapie führt. Zudem können diese so voneinander und den gegenseitigen Erlebnissen profitieren.

Zwar beanspruchen gewisse der aufgeführten Punkte möglicherweise etwas mehr Zeit der Fachpersonen, diese ist es aber bestimmt wert, da man mit den Interventionen mehr Wert auf Qualität legt als auf Quantität, was sich wiederum positiv auf die Klientel auswirkt.

Durch Verbesserung der Leistung der täglichen Aktivitäten zu Hause kann die Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit, sowie die Quality of Life der Klientinnen und Klienten wieder gesteigert werden.



## Kritische Würdigung Smallfield et al. (2013) nach CASP

### Paper for appraisal and reference:

Occupational Therapy Interventions to Improve the Reading Ability of Older Adults With Low Vision: A Systematic Review. Smallfield, Clem & Myers (2013)

Tabelle 9: CASP Smallfield et al. (2013)

Section A: Are the results valid?			
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes	<input type="checkbox"/>	<b>HINT: An issue can be 'focused' in terms of</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• the population studied</li> <li>• the intervention given</li> <li>• the outcome considered</li> </ul>
	Can't tell	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
<b>Comments:</b> Ziel dieser Literaturrecherche war es, die verfügbaren Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Ergotherapie-Interventionen zu identifizieren, zu bewerten und zu verknüpfen, um älteren Erwachsenen mit niedrigem Sehvermögen zu ermöglichen, Low Vision Hilfsmittel zum Lesen zu verwenden.  Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen im Rahmen der ergotherapeutischen Praxis zur Verbesserung der Fähigkeit, mit optischen, nicht-optischen und elektronischen Vergrößerungs-Geräten zu Lesen, was für die für die Ausübung von Betätigungen nötig ist.			
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes	<input type="checkbox"/>	<b>HINT: 'The best sort of studies' would</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• address the review's question</li> <li>• have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)</li> </ul>
	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
<b>Comments:</b> 16 Studien lieferten Level I Evidenz (RCTs, within-participant design, one-group within-subjects study, Systematic review), 8 lieferten Level II Evidenz, und weitere 8 lieferten Level III Evidenz (One-group nonrandomized study with a pretest–posttest design, Prospective nonrandomized interventional case series design).  Hauptstudien, in denen die Ergotherapie erwähnt involviert wurde: McCabe,Nason, DemersTurco, Friedman,& Seddon(2000) Markowitz,Kent, Schuchard,& Fletcher(2008) Eklund,Sjögstrand,& Dahlin-Ivanoff (2008) Dies sind auch die 3 Quellen, die beim Thema interprofessionelle Rehabilitation mit ETs eingeteilt wurden. Zusätzlich wird in der Studie von Stelmack et al. (2008) die Ergotherapie und ein Teil deren aktuelle Arbeit im Arbeitsfeld erwähnt, aber nicht erwähnt ins Programm miteinbezogen.  Da nur in einem der 5 generierten Überthemen die ET eine aktive Rolle spielt und auch nur in den dortigen Studien (3) wirklich erwähnt wird, scheint die ET bloss eine kleine Rolle in der Untersuchung zu spielen (trotz dem Titel und dem Ziel, welche auf die ET fokussiert waren). Dies könnte aber auch daran liegen, dass zu wenig ergotherapiespezifische Literatur auf die gestellte Frage bezogen existiert. Im Überthema «Low Vision-Rehabilitationsprogramme, die keine Ergotherapieleistungen beinhalten» beinhalten laut Autorinnen die Studien Komponenten im Rahmen der Ergotherapiepraxis (Goodrich, Kirby, Wood, & Peters, 2006; La Grow, 2004; Reeves, Harper, & Russell, 2004; Scanlan & Cuddeford, 2004; Stelmack et al., 2008). Von diesen Studien verwendete aber nur Stelmack et al. (2008) den Begriff «Occupational Therapy».  Ansonsten passen die Studien und die Themen gut zum Ziel der Studie «Interventionen zur Verbesserung der Fähigkeit, mit optischen, nicht-optischen und elektronischen Vergrößerungs-Geräten zu Lesen» und einige der Ergebnisse lassen sich auch von ETs durchführen (auch wenn sie in den Studien nicht involviert waren).			

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes

✗

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Can't tell

No

Comments:

Es wurden 268 Artikel aus den Datenbanken Medline, Cochrane, PsycINFO, Ageline, und CINAHL, sowie Abstracts aus einer Handrecherche von Zeitschriften und Referenzlisten gefunden und durch die Titel und Abstracts auf das Zutreffen zur Fragestellung dieser Review überprüft. Für 76 Artikel wurden der Volltext gesucht. Anschliessend wurden die Volltexte zuerst von den 3 Autorinnen einzeln und anschliessend gemeinsam analysiert. 32 Studien wurden in die Review eingeschlossen.

Der Inhalt dieser Studien wurde zu Themen und Unterthemen zusammengefasst, die mit den Zielen jeder Studie übereinstimmen.

Die Hauptstudien, welche in der zusätzlichen Tabelle aufgelistet und zusammengefasst wurden kommen aus Deutschland (1), USA (1), England (2), Schweden (1), USA/Kanada (1), Kanada (1), USA/England (1), Australien (1) Bei 3 Studien ist nicht ersichtlich, wo sie durchgeführt wurden (Kabanarou & Rubin, 2006 -> Vermutung England). Zudem ist 1 Review aufgeführt (Russell-Minda et al., 2007). So sind die in der Review benötigten Studien geografisch sehr weit verteilt, was auf eine gute Abdeckung hinweist.

Die Studien durften nicht älter als 1990 sein (älter = Ausschlusskriterium). Daten aus Präsentationen, Konferenzberichten, nicht von Fachleuten begutachteter Forschungsliteratur, Dissertationen und Thesen wurden ausgeschlossen. Nur Level I, II und III Evidenzen wurden miteinbezogen.

Es wurde kein persönlicher Kontakt mit (weiteren) Experten erwähnt. Die Studien wurden allesamt auf Datenbanken oder in Zeitschriften und Referenzlisten gesucht, wodurch Zugang vermutlich nur zu veröffentlichte Studien möglich war. Der Zugang zu unveröffentlichten Studien wurde nicht beschrieben, ist aber vermutlich auch sehr umständlich und nur schwer zu bewerkstelligen.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes

✗

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results («All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Can't tell

No

Comments:

Die Artikel wurden überprüft, um ihre Qualität (scientific rigor and lack of bias) und das Niveau der Evidenz zu ermitteln. Anschliessend wurde eine Evidenztabelle aufgesetzt mit jeweils einer Zusammenfassung der Methoden der Studie und deren Ergebnisse sowie einer Bewertung ihrer Stärken und Schwächen in Bezug auf Design und Methodik.

Die Review-Autorinnen haben zudem ein Critically Appraised Topic (CAT) durchgeführt. Sie haben eine Zusammenfassung und Bewertung der Schlüsselergebnisse, ein klinisches Fazit, sowie die Auswirkungen für die Ergotherapie herausgearbeitet.

Zudem wurden in der Übersichtstabelle über die Hauptstudien die Einschränkungen der jeweiligen Studie (Study Limitations) aufgezeigt.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes

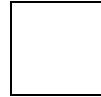
✗

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed

Can't tell

No



• results of different studies are similar •  
reasons for any variations in results are  
discussed

Comments:

Es wird genau erklärt, ab wann eine Intervention aus Sicht der Autorinnen und dem entsprechend in dieser Review starke Evidenz hat, ab wann moderate Evidenz, etc.

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien wurden in 5 sinnvolle Themen eingeteilt:

- Effektivität von Low Vision Geräten
- Vergleich von optischen und elektronischen Lupengeräten
- Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, die die Ergotherapie einschliessen
- Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, die keine Ergotherapie beinhalten
- Effektivität von nicht-optischen Hilfsmitteln

**Effektivität von Low Vision Geräten**

5 Studien mit Level II und Level III Evidenz untersuchten die Effektivität von Low Vision Hilfsmitteln. 2 Studien verglichen die Lesefähigkeit der Teilnehmer vor und nach der Einführung von Low Vision Hilfsmitteln ((Margrain, 2000) (Nguyen et al., 2009) → Beide Forschungsgruppen fanden einen signifikanten Unterschied in der Anzahl der Teilnehmer, die mit Low Vision Hilfsmitteln lesen konnten.)

Horowitz et al. (2006) fanden heraus, dass die Verwendung optischer Hilfsmittel den Grad der Behinderung bei der Durchführung von ADL-Aufgaben verringert.

2 weitere Studien untersuchten den Unterschied zwischen dem Lesen bei kritischen Druckgrößen mit und ohne optische Vergrößerung ((Bowers, Lovie-Kitchin und Wood, 2001) (Cheong et al., 2005) → die Verwendung einer optischen Vergrößerung führt nicht zu langsameren Lesegeschwindigkeiten als ohne).

**Vergleich von optischen und elektronischen Lupengeräten**

5 der genutzten Studien (2x Level I und 3x Level II Evidenz) verglichen die Wirksamkeit von optischen und elektronischen Vergrößerungsgeräten bei der Verbesserung der Leseleistung. Jede Forschungsgruppe untersucht verschiedene Kombinationen von optischen und elektronischen Geräten.

4 Forschungsgruppen kamen zu dem Schluss, dass die Verwendung von standfesten elektronischen Vergrößerungs-Systemen zu schnelleren Leseraten führt (Goodrich & Kirby, 2001; Goodrich et al., 2004; Peterson et al., 2003; Stelmack et al., 1991) und zu einer längeren Lesedauer (Goodrich & Kirby, 2001; Goodrich et al., 2004; Stelmack et al., 1991) im Vergleich zu anderen Geräten.

1 Studie fand begrenzte Evidenz dafür, dass tragbare elektronische Lupen förderlicher sind als ein vorgeschriebenes optisches Gerät zum Lesen (Goodrich & Kirby, 2001).

2 Studien fanden widersprüchliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von Lesebrillen (Culham et al., 2004; Stelmack et al., 1991).

1 weitere Level II Studie ergab, dass elektronische Vergrößerungs-Systeme am Kopf weniger effektiv sind als optische Vergrößerungen zur Maximierung der Lesegeschwindigkeit (Culham et al., 2004).

**Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, mit Ergotherapie**

5 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Rehabilitationsprogrammen, die Ergotherapie zur Verbesserung der Leseleistung beinhalteten, die für die Ausübung der täglichen Betätigungen erforderlich ist. 4 dieser Studien lieferten Evidenz der Stufe I (McCabe et al., 2000; Eklund, & Dahlin-Ivanoff, 2007; Eklund, Sjöstrand, & Dahlin-Ivanoff, 2008; Pankow, Luchins, Studebaker, & Chettleburgh, 2004), und 1 lieferte Evidenz der Stufe III (Markowitz, Kent, Schuchard, & Fletcher, 2008).

Die Studien zeigen, was die ET in den Rehabilitationsprogrammen gemacht haben und was das Outcome davon war. Diese Studien deuten ausdrücklich darauf hin, wie wichtig es ist, die Ergotherapie in die Rehabilitationsprogramme für Sehbehinderte einzubeziehen.

**Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen ohne Ergotherapie**

5 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Rehabilitationsprogrammen für Sehbehinderte, welche keine Ergotherapie beinhalteten, aber Komponenten im Rahmen der ergotherapeutischen der Praxis enthielten.

3 Studien lieferten Level-I-Evidenzen, 1 Studie lieferte Level-II-Evidenzen und 1 Studie lieferte Level-III-Evidenzen.

Die Studien fanden widersprüchliche Belege für die Wirksamkeit von den Rehabilitationsprogrammen bei der Verbesserung der Leseleistung oder von Aktivitäten, bei denen Lesen eine Rolle spielte im Vergleich zu einer alternativen Intervention (z.B. zusätzliche Hausbesuche, eine kürzere Bildungseinheit oder die Nutzung bestehender lokaler Sehbehindertendienste) (Goodrich et al., 2006; La Grow, 2004; Reeves et al., 2004; Scanlan & Cuddeford, 2004).

1 Studie fand nur begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit dieser Programme gefunden, wenn man sie mit dem Erhalt keiner Intervention vergleicht (Stelmack et al., 2008).

#### **Effektivität von nicht-optischen Hilfsmitteln**

Beleuchtung. 5 Studien, 3 davon mit Evidenz der Stufe I und 2 mit Evidenz der Stufe II, konzentrierten sich auf die Wirksamkeit der Beleuchtung als Mittel zur Verbesserung der Lesefähigkeit älterer Erwachsener (Bowers, Meek, & Stewart, 2001; Eldred, 1992; Eperjesi, Maiz-Fernandez, & Bartlett, 2007; Fosse & Valberg, 2004; Haymes & Lee, 2006) → moderate Beweise für die Unterstützung des Einflusses von Beleuchtung bei Lesegeschwindigkeit aber keine Beweise für eine bestimmte Art von Lichtquelle.

Textmerkmale. Eine systematische Review der Literatur (Russell-Minda et al., 2007, inkludierte 18 Studien, die meisten mit Level II Evidenz) sammelte verfügbare Erkenntnisse über die Attribute von Schriften und deren Auswirkungen auf die Lesbarkeit von Texten. Die Studie fand keine eindeutigen Beweise für die Auswirkungen von Serifen- oder serifenlosen Schriften auf die Lesbarkeit von Druckschriften.

Betrachtungstechniken. 4 Studien untersuchten die Auswirkungen des Trainings in speziellen Sehtechniken, einschliesslich exzentrischem Sehen und binokularem oder monokularem Sehen, auf die Leseleistung älterer Erwachsener mit altersbedingter Makuladegeneration (Frennesson, Jakobsson, & Nilsson, 1995; Kabanarou & Rubin, 2006; Vukicevic & Fitzmaurice, 2005, 2009). Zwei Studien lieferten Level I Evidenz, 1 Studie lieferte Level II Evidenz und 1 Studie lieferte Level III Evidenz. → begrenzte Beweise für exzentrisches Sehen, ergänzt durch spezifische Computersoftwareprogramme für das Sehen in die Nähe und ADLs. Und begrenzte Beweise für das exzentrische Sehen in Kombination mit einer Anleitung in Vergrössern.

1 Studie verglich die Auswirkungen von binokularem versus monokularem Sehen und fand keine Beweise zur Unterstützung einer Technik gegenüber der anderen.

Folien. 1 Level I Studie untersuchten die Auswirkungen von 10 farbigen lichtfilternden Folien auf die Leseleistung von Menschen mit AMD (Eperjesi, Fowler und Evans, 2004 → keine signifikante Beziehung zwischen den Farben der Filter und der Leserate).

Grossdruck-Leseprogramm. In einer Level II Studie, wurde untersucht, ob die Verwendung von grossformatigem Lesematerial zu Hause mit und ohne reduziertem Sichtfeld zusätzlich zu kurzen in-office Übungseinheiten die Leseleistung verbessern kann (Cheong et al., 2005 keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen bei der Leseleistung festgestellt).

Linienführung mit einer optischen Vergrösserung. Eine Level-III-Studie untersuchte die Auswirkungen der Verwendung eines Linienführers mit einem von standfesten Vergrösserungs-System auf die Leseleistung von älteren Erwachsenen mit AMD (Cheong, Bowers, and Lovie-Kitchin, 2009 → Verwendung einer Linienführung führte zu einer leichten Verringerung der Lesegeschwindigkeit, wurde aber von 48% der TN bevorzugt gebraucht, wegen Orientierung).

#### Section B: What are the results?

##### 6. What are the overall results of the review?

##### HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

#### Comments:

##### **Effektivität von Low Vision Geräten**

→ begrenzte Evidenz zur Wirksamkeit von Low Vision Hilfsmitteln (da den Forschungsdesigns Kontrollgruppen und Randomisierung fehlten).

##### **Vergleich von optischen und elektronischen Lupengeräten**

→ mässig starke Evidenz für den Einsatz von standortbasierten elektronischen Vergrösserungs Systemen.

- begrenzte Evidenz, dass tragbare elektronische Lupen förderlicher sind als ein vorgeschriebenes optisches Gerät zum Lesen.
- widersprüchliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von Lesebrillen.
- elektronische Vergrößerungs-Systeme am Kopf sind weniger effektiv als optische Vergrößerungen zur Maximierung der Lesegeschwindigkeit.

**Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, mit Ergotherapie**

- deuten ausdrücklich darauf hin, dass es wichtig ist, die Ergotherapie in die Rehabilitationsprogramme für Sehbehinderte einzubeziehen.
- Evidenz für die Effektivität der ET in den Low Vision Rehabilitationsprogramme

**Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, ohne Ergotherapie**

- widersprüchliche Evidenz für die Wirksamkeit von den Rehabilitationsprogrammen bei der Verbesserung der Leseleistung oder von Aktivitäten, bei denen Lesen eine Rolle spielte im Vergleich zu einer alternativen Intervention.
- bloss begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit dieser Programme, wenn man sie mit dem Erhalt keiner Intervention vergleicht.

**Effektivität von nicht-optischen Hilfsmitteln**

- Generell nicht so starke Evidenz, da in den Studien kleine Gruppen gemacht wurden, grössere Forschung wäre nötig, um die Ergebnisse zu verifizieren.
- moderate Evidenz für den Einfluss von Beleuchtung bei Lesegeschwindigkeit.
  - keine Evidenz für eine bestimmte Art von Lichtquelle.
  - keine eindeutigen Evidenzen für die Auswirkungen von serifen oder serifenlosen Schriften auf die Lesbarkeit von Druckschriften
  - begrenzte Evidenz für exzentrisches Sehen, ergänzt durch spezifische Computersoftwareprogramme für das Sehen in die Nähe und ADLs
  - begrenzte Evidenz für das exzentrische Sehen in Kombination mit einer Anleitung in Vergrössern
  - keine Evidenz zur Unterstützung einer Technik gegenüber der anderen bei binokularem versus monokularem Sehen
  - keine signifikante Beziehung zwischen den Farben der Filter und der Leseleistung
  - Verwendung einer Linienführung führte zu einer leichten Verringerung der Lesegeschwindigkeit, wurde aber von 48% der TN bevorzugt gebraucht, wegen Orientierung

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Die Ergebnisse sind sehr nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht mit Zahlen untermauert.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

- Yes
- Can't tell
- No

X

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

17 Studien enthielten nur Teilnehmende mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD) und bilden daher ein sehr homogenes Feld. Dies ist eine in der Praxis, auch in der Schweiz häufig vorkommende Klientengruppe. Dennoch kann dieser Fokus auf ein Krankheitsbild einen Übertrag auf andere Krankheitsbilder erschweren. Es macht ihn aber nicht unmöglich, da auch die älteren Menschen mit anderen chronischen Augenkrankheiten auf ähnliche Schwierigkeiten und Hindernisse stossen werden und vermutlich auch von ähnlichen Interventionsansätzen profitieren werden, wenn man diese entsprechend auf sie individuell anpasst (was sowieso passieren sollte, bei allen Klientinnen und Klienten).

Die Herkunftsorte der Studien sind mehrheitlich mit der Schweiz vergleichbar. Es wird zwar nicht genau gleich gearbeitet aber der Wissensstand, sowie der Ausbau des Gesundheitssystems sind vergleichbar.

9. Were all important outcomes considered?

Yes

Can't tell

no

×

HINT: Consider whether  
• there is other information you would like to have seen

Comments:

Von den 32 Studien, welche in die Review eingeschlossen wurden, wurden nur 13 in der zusätzlichen Tabelle («Supplemental Materials») zusammengefasst. Dies könnte daran liegen, dass oftmals mehrere Quellen von den gleichen oder ähnlichen Zusammensetzungen der Autorinnen verfasst wurden. Dennoch wäre es der Vollständigkeit und dem Überblick der Leser zugute sinnvoll gewesen, alle Studien in die Tabelle einzuschliessen.

Es wäre interessant gewesen, wenn in der Diskussion stärker darauf eingegangen worden wäre, wie die ET den anderen Berufsgruppen nicht in die Queere kommt, wenn die Interventionen aus den Themen «Effektivität von Low Vision Geräten», «Vergleich von optischen und elektronischen Lupengeräten», «Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, die keine Ergotherapie beinhalten» und «Effektivität von nicht-optischen Hilfsmitteln» stammen und dem entsprechend innerhalb der Studien von anderen Berufsgruppen durchgeführt wurden.

Ansonsten wird auf alle Interventionen und Themen eingegangen und es wird in verständlicher Weise darauf eingegangen. Auch auf die Ergotherapie wird (vor allem im Abschnitt «Wirksamkeit von Low Vision Rehabilitationsprogrammen, die die Ergotherapie einschliessen» und in der Diskussion) gut und genau eingegangen und den Ergebnissen entsprechende Empfehlungen dargestellt.

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes

Can't tell

no

×

HINT: Consider  
• even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments:

Es wird vermutet, dass die zusätzlichen Aufwände für die Interventionen und Hilfsmittel, sowie den Miteinbezug der Ergotherapie mit ihrer ganzheitlichen Sichtweise lohnend sind. Denn durch das (Wieder-) Ermöglichen von Lesen und das Verbessern der Lesefähigkeiten können die Betroffenen entsprechend wieder vermehrt ihren Hobbys nachgehen, die Zeitung lesen und dadurch über das Weltgeschehen informiert sein, ihren Alltag selbstständiger meistern, etc. Dadurch kann die Quality of Life der Klientinnen und Klienten wieder gesteigert werden.



## Kritische Würdigung Campbell et al. (2005) nach AICA

Referenz: Campbell, A. J., Robertson, M. C., La Grow, S. J., Kerse, N. M., Sanderson, G. F., Jacobs, R. J. et al. (2005). Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or =75 with severe visual impairment: the VIP trial.

Tabelle 10: AICA Campbell et al. (2005)

<b>Zusammenfassung</b>
<b>Einleitung</b>
<b>Problembeschreibung Bezugsrahmen</b> <p>Es geht um die die Wirksamkeit und Kosteneffizienz eines Heimsicherheitsprogramms und eines Heimtrainingsprogramms zur Verringerung von Stürzen und Verletzungen bei älteren Menschen mit Sehbehinderung.</p> <p>Ältere Menschen mit Sehbehinderung stürzen laut Studien häufiger als solche mit normalem Sehvermögen. Dennoch sei die Frage der Kosten, vor allem bei ungezieltem Nutzen mehrerer Interventionsstrategien bei beliebigen älteren Bevölkerungs-gruppen, bei Verwendung öffentlicher Gelder oft kritisch. Es gebe auch verschiedenste Studien darüber, dass nicht alle Ansätze von Mehr-Interventionsprogrammen gleichermassen effizient sind und die Effizienz der jeweiligen Ansätze auch massgeblich von der Klientengruppe abhängig ist.</p> <p>Deshalb besteht die Forschungs-aufgabe darin, festzustellen, welche Interventionen in ausgewählten Bevölkerungs-gruppen am effektivsten und kostengünstigsten sind.</p>
<b>Forschungsfrage (Hypothese)</b> <p>Das Ziel der Studie war es, die die Wirksamkeit von zwei häuslichen Konzepten zur Verhinderung von Stürzen bei älteren Menschen mit Sehbehinderung zu untersuchen - ein Programm zur Verbesserung der Sicherheit in der häuslichen Umgebung und ein Programm zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht inklusive Abgabe eines Vitamin D-Ergänzungsmittels. Dies wird nicht in Form einer Fragestellung formuliert.</p>
<b>Methode</b>
<b>Design</b> <p>Bei der Studie handelt es sich um eine Randomised controlled trial (RCT) Von den Forschenden wurde das gewählte Design nicht begründet.</p>
<b>Stichprobe</b> <p>Die Auswahl der Teilnehmenden wurde genau beschrieben. Es wurden Aufzeichnungen der Royal New Zealand Foundation of the Blind Register (in Dunedin und Auckland), der University of Auckland Optometry Clinic, der Dunedin and Auckland Hospital Low Vision Ambulatorien und einer privaten Augenarztpraxis verwendet, um potenzielle Teilnehmer im Alter von <math>\geq 75</math> Jahren mit schlechter Sehkraft (Sehschärfe von 6/24 oder schlechter im besseren Auge nach der bestmöglichen Korrektur) zu ermitteln. Diejenigen, welche nicht in ihrem eigenen Zuhause umhergehen konnten, welche die Anforderungen der Studie nicht verstehen konnten oder welche zur Zeit der Rekrutierung Physiotherapie hatten, wurden ausgeschlossen. Die Rekrutierung erfolgte über einen Zeitraum von 12 Monaten ab Oktober 2002.</p> <p>Die Studie hatte 391 Teilnehmende, welche wie folgt in vier Gruppen unterteilt wurden: 100 für das Programm zur Evaluierung und Anpassung der Sicherheit zu Hause, 97 für das Trainingsprogramm, 98 für beide Interventionen und 96 für soziale Besuche (Kontrollgruppe). Die</p>

Gruppenzuteilung wurde mit Hilfe von computergenerierten Zufallszahlen entwickelt und ist dem entsprechend randomisiert. Der Stichprobenumfang (Sample size) wurde zuvor aufgrund vorheriger Studien kalkuliert. Die Poisson-Verteilung der Sturzzahlen und eine 20%ige Abbrecherquote wurden darin ebenfalls berücksichtigt.

### **Datenerhebung**

Die Stürze wurden ein Jahr lang von jeder Person beobachtet, wobei die Teilnehmer vorausbezahlte, adressierte und abreissbare monatliche Postkartenkalender verwendeten. Unabhängige Gutachter riefen die Teilnehmer anschliessend an, die Umstände der Stürze und die daraus resultierenden Verletzungen oder den Einsatz von Ressourcen festzuhalten. Diese blieben blind für die Gruppenzuordnung.

Zur Erhebung der Kosten wird folgendes formuliert:

«Die Kosten für die Durchführung des Programms wurden aus den Studienunterlagen, von den Teilnehmern und aus den Finanzunterlagen der Forschungsgruppe und anderer Geldgeber mit tatsächlichen Kosten, soweit verfügbar, ermittelt.»

### **Messverfahren & oder Intervention**

Folgende Messinstrumente wurden verwendet:

- verschiedenste Messinstrumente zur Untersuchung der Sehfunktion
- Stürze wurden durch die Teilnehmenden selbst in einem Kalender protokolliert.

Die Wahl der Messinstrumente wird nicht begründet.

Folgende Interventionen wurden getestet:

- Das Programm zur Sicherheit beinhaltete eine Sicherheitsbewertung und Anpassung der Sicherheit mithilfe einer überarbeiteten Version der «Westmead home safety assessment checklist» bei den Teilnehmenden zuhause durch ein/e ET.
- Das Trainingsprogramm wurde von einem Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin durchgeführt. Die Trainingsübungen wurden individuell für die Klientinnen und Klienten verordnet und beinhalteten spezifische Muskelkräftigungs- und Gleichgewichtstrainingsübungen, die in mit der Zeit schwieriger wurden, und einen Gehplan. Zudem nahm der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin Vitamin-D-Tabletten mit.
- «Social Visits»: Die Forscher führten in den ersten sechs Monaten der Studie zwei Hausbesuche mit einer Dauer von jeweils einer Stunde bei Teilnehmern durch, die weder an den Trainings- noch an den Sicherheitsprogrammen zu Hause teilnahmen.

### **Datenanalyse**

Die Stürze wurden in 3 Kategorien unterteilt (schwere Verletzungen, mittlere Verletzungen und keine Verletzungen) und sind dadurch ordinalskaliert.

In der ökonomischen Bewertung wurden Geldbeträge berechnet, wodurch es sich um proportional skalierte Daten handelt.

Die Berechnungen wurden mit den Programmen «Stata Release 7» und «SPSS 11» gemacht. Die Autorinnen und Autoren schrieben, dass sie sich an die Grundsätze der überarbeiteten CONSORT-



Erklärung für die Meldung randomisierter kontrollierter Studien hielten, die vom Prevention of Falls Network Europe (ProFaNE) entwickelt wurden.

Die Autorinnen und Autoren rechneten die Kosteneffektivness als Quotient zwischen Erhöhung der Kosten (Totale Kosten des Einsetzen des Programmes oder bei der Kontrollgruppe ist es 0) und Erhöhung des Effekts (Unterschied der Anzahl Stürze). Die Anzahl Stürze wurden mit einer Standardisierten Zahl an jährlichen Stürzen hochgerechnet, da das Follow-up nicht bei allen Teilnehmenden zum selben Zeitpunkt war.

Einwegsensitivitätsanalysen wurden gemacht, um diese Werte zu überprüfen. Die genaue Berechnung der Kosten kann hier leider nicht beschrieben werden, sie ist in der Studie wenig verständlich und schwer nachvollziehbar.

Die Anzahl der Stürze in den Interventions- und Kontrollgruppen sowie von weiteren Merkmalen der Teilnehmenden wurden mit negativen binomialen Regressionsmodellen verglichen. Die Forscher begründen dies folgendermassen: «Diese Modelle schätzen die Anzahl der Ereignisse eines Ereignisses, wenn das Ereignis eine Poisson-Variation mit Überdispersion aufweist, ermöglichen die Untersuchung der Behandlungs- und Interaktionseffekte und passen sich den variablen Follow-up-Zeiten der Teilnehmer an.»

#### **Ethik**

Ethische Genehmigung: Otago und Auckland Ethikkommissionen

Es wurden keine Massnahmen zur Einhaltung ethischer Prinzipien genannt.

#### **Ergebnisse**

Es wurden mehrere Tabellen in die Arbeit hineingenommen, um die Ergebnisse dem Leser zugänglicher zu machen.

90% der TN, gaben an, eine oder mehrere der Empfehlungen des Ergotherapeuten teilweise oder vollständig zu erfüllen.

Zu den Empfehlungen der ETs gehörten das Entfernen oder Wechseln von Fussmatten, das Streichen der Treppenkanten, die Reduzierung von Blendung, die Installation von Haltegriffen und Treppengeländern, die Beseitigung von Unordnung und die Verbesserung der Beleuchtung.

Achtzehn Prozent der Teilnehmer der Trainingsgruppe führten ihre vorgeschriebene Übungen während einem Jahr dreimal pro Woche durch, 36% absolvierten ihre Übungen mindestens zweimal pro Woche während ihrer Zeit in der Studie. Insgesamt 44% gingen im Laufe des Jahres mindestens zweimal pro Woche draussen, 11% gingen im Rahmen des Programms überhaupt nicht nach draussen.

Es gab 41% weniger Stürze bei den Teilnehmern des *Heimsicherheitsprogramms durch ET* im Vergleich zu denen, die dieses Programm nicht erhalten haben.

Während der Studie gab es 15% mehr Stürze bei den Teilnehmern, die dem *Trainingsprogramm durch PT* beigetreten sind (aber nicht, während die Person gemäss den Anweisungen trainierte), als bei denen, die dieses Programm nicht erhalten haben. Eine höhere Adhärenz bei den Übungen wurde aber mit niedrigeren Sturzzahlen verbunden.

Das Heimsicherheitsprogramm kostete \$NZ64 337 (= ca 43' 622.99 CHF) für die Versorgung der 198 Teilnehmer in den beiden Zentren oder \$NZ325 (= ca. 220.36 CHF) pro Person.

Die zusätzlichen Kosten pro verhinderten Sturz betragen

\$NZ650 (= ca. 440.73 CHF).

Die Schätzungen reichten von \$NZ460 bis \$NZ1569 (=ca 311.90 CHF – 1`063.84 CHF) pro Sturz, die für die verschiedenen Kostenszenarien verhindert wurden.

Die Kosten für das Trainingsprogramm wurden aufgrund der erhöhten Sturzrate darin nicht weiter berechnet und nicht in die Studie inkludiert.

### **Diskussion**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Organisation, die versucht, Stürze bei älteren Menschen mit schweren Sehbehinderungen zu reduzieren, am besten in ein bewährtes Programm zur Beurteilung und Anpassung der Sicherheit Zuhause investieren würde, das von einem Ergotherapeuten durchgeführt wird.

Viele Stürze entstehen durch Stolpern und Rutschen, wenn das beeinträchtigte Gleichgewicht eines älteren Menschen ein schnelles Eingreifen verhindert. -> Beseitigung von Umweltgefahren  
Prävention resultierte aus der professionellen Beratung durch den Ergotherapeuten sowie aus den Umweltveränderungen.

Der Grund für die höhere Sturzrate beim Trainingsprogramm vermuteten die Autorinnen und Autoren darin, dass die TN weniger fit waren als diejenigen der letzten Studie mit diesem Programm. Mehr Teilnehmer konnten nicht in vollem Umfang an der Trainingseinheit für Kraft und Gleichgewicht teilnehmen. die Stürze fanden mehrheitlich bei denjenigen statt, welche die Übungen nur selten zuhause gemacht haben.

Das hier getestete Heimsicherheitsprogramm kostete weniger pro Person als das Otago-Übungsprogramm (darauf baute das Trainingsprogramm auf), das an Menschen im Alter von  $\geq 75$  mit normalem Sehvermögen durchgeführt wurde.

Die Autorinnen und Autoren äussern, dass sie selbst keine überzeugende Erklärung dafür haben, warum das Heimsicherheitsprogramm weniger wirksam schien, wenn die Person auch das Trainingsprogramm erhielt. Es könne auch einfach ein Zufallseffekt sein. Aus Sicht der Autorinnen und Autoren sollten die konservativen Schätzungen für die «Combined Group Rate Ratio» eher ein Hinweis auf die Wirksamkeit der Interventionen sein.

Folgende Limitationen werden diskutiert:

- die Teilnehmer wurden nicht nach ihrer Fähigkeit ausgewählt, an einem Trainingsprogramm teilzunehmen.
- viele TN hatten bereits zuvor ein Orientierungs- und Mobilitätsprogramm absolviert.
- Es hatte zu wenig TN, um diese jeweils noch in Gruppen einzuteilen, wie lange sie bereits an der Sehbeeinträchtigung litten.

### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Stürze führen zu Verlust von Selbstvertrauen, Verletzungen, Einweisung in eine Institution, Frakturen und Tod. Ausführung einer sorgfältigen Ausrichtung des Programms auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und Vermeidung von Programmen in Gruppen, die davon nicht profitieren können sind wichtig. Sie können der unnötigen Nutzung finanzieller Mittel entgegenwirken.

Es gibt genügend Evidenz, um ambulante Programme zur Verhinderung von Stürzen zu entwerfen. So können die spezifische Intervention nur bei bestimmten Bevölkerungsgruppen eingesetzt wird, von denen bekannt ist, dass sie davon profitieren.

<b>Würdigung</b>
<b>Einleitung</b>
<p><b>Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</b></p> <p>Es wurde eine klares Forschungsziel formuliert, welches für die Praxis relevant und wegweisend ist. Die Wichtigkeit der Forschung und für das Arbeiten wird verständlich begründet. Die Konzepte in der Einleitung wurden logisch dargelegt und mit passender Literatur begründet.</p> <p>Es wurde keine Hypothese aufgestellt sowie keine Forschungsfrage formuliert.</p>
<b>Methode</b>
<p><b>Design</b></p> <p>Das Gewählte Modell des RCTs ist sehr passend für die gestellte Forschungsfrage und um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p><b>Stichprobe</b></p> <p>Die Stichprobengrösse ist mit 391 Teilnehmenden gross und damit auch repräsentativ. Die Teilnehmenden wurden den Gruppen randomisiert zugeteilt, was sehr gut ist. Die Stichprobengrösse wurde mit einer Sample-Size-Calculation aufgrund früher durchgeführten Studien bestimmt und auch eine Drop-out Rate wurde in die Sample-Size-Calculation miteinbezogen.</p> <p><b>Datenerhebung</b></p> <p>Die Datenerhebung der Stürze ist verständlich und wurde von allen Teilnehmenden ausgefüllt. Soweit erkennbar war, ist die Datenerhebung bei den Stürzen bei allen TN gleich. Die Einhaltung der Programme und der Abmachungen wurden in den zwei Programmen unterschiedlich durchgeführt, innerhalb der Gruppen aber gleich. -&gt; Telefoninterview (Programm zur Sicherheit Zuhause) oder gleiche Variante wie bei Sturz (Trainingsprogramm).</p> <p>Die Datenerhebung der Kosten ist sehr unklar.</p> <p>Zudem ist unklar, weshalb nicht alle Teilnehmenden zum selben Zeitpunkt ein Follow-Up hatten. Im Text werden Todesfälle erwähnt. Es ist aber nicht klar, ob dies der einzige Grund ist.</p> <p><b>Messverfahren &amp; oder Intervention</b></p> <p>Die Auswahl der Messinstrumente wird dargestellt aber nicht weiter begründet.</p> <p>Von den Autorinnen und Autoren werden keine möglichen Verzerrungen oder Einflüsse auf die Intervention genannt.</p> <p>Die die Messinstrumente zum Thema Sturz und Durchführung des Trainingsprogrammes sind nicht validiert und mässig geeignet. Sie erwarten von den Studienteilnehmenden, dass sie sich jeden Monat selbst daran erinnern, die Abreisspostkarte auszufüllen und einzuschicken. Einerseits könnten bis da gewisse Infos oder gar das Ausfüllen der Karte selbst könnte vergessen werden. Dies wird von den Autorinnen und Autoren nicht erwähnt. Die Telefonanrufe könnten ebenfalls ein verfälschtes Resultat herbeiführen, wenn die älteren Menschen sich vor den ETs (welche ihnen Empfehlungen abgaben) schämen, dass sie diese vielleicht nicht umgesetzt haben und dadurch lieber einige Dinge mehr sagen, die sie angepasst haben, was jedoch nicht der vollen Wahrheit entspricht.</p>

## **Datenanalyse**

Die allgemeine Berechnungsformel für die Kosten wird genannt. Die genaue Berechnung der Kosten ist in der Studie wenig verständlich und schwer nachvollziehbar.

Kurz aber verständlich wird beschrieben, welche Daten die Forschenden mit negativen binomialen Regressionsanalysen ausgewertet haben. Dieses Verfahren ist geeignet, um die Auftretenshäufigkeit von etwasem (z.B. Stürzen) unter verschiedenen Gruppen mit verschiedenen Einflussfaktoren zu vergleichen. Dies wird vor allem gemacht, wenn die Daten eine Überdispersion aufweisen, also von der Poisson Verteilung abweichen (was bei der Anzahl Stürzen zutreffen kann). Dieses Verfahren ist somit geeignet.

## **Ethik**

Es ist nicht klar, inwiefern die Antworten der Klientel (auf Stürze und auf Durchführung des Programms) auf die Klientinnen und Klienten zurückzuführen waren. Auf jeden Fall konnte mit Telefongesprächen darauf geantwortet werden. Dies ist einerseits gut für mögliche Unterstützung nach einem Sturz, andererseits ist unklar ob so der Datenschutz korrekt eingehalten wurde. Zudem wäre es möglich, dass sich die älteren Menschen für ihre Stürze schämten und diese entsprechend nicht oder in verharmloster Version mitteilten. Weiter könnten sie sich auch dafür schämen, Empfehlungen und die Programme nicht wie versprochen durchgeführt zu haben. Dann könnte es sein, dass die Klientinnen und Klienten in diesen Rückfragen die angepassten Dinge, sowie die Regelmässigkeit der Durchführung des Programms nicht ganz der Wahrheit entsprechend beantworten.

## **Ergebnisse**

Die Tabellen sind soweit nötig vollständig, jedoch braucht es einige Zeit, um den Überblick darüber zu erhalten.

Teilweise wird im Text auf eine Tabelle oder auf eine Abbildung verwiesen, jedoch ohne, dass das angesprochene Resultat im Text genannt wird. Dies zwingt die Leser, sich hinzusetzen und die Tabellen zu studieren, wenn sie den Text der Autorinnen und Autoren verstehen wollen. (z.B. «Der Fluss der Teilnehmer durch die Studie ist in der Abbildung dargestellt.» → aber in der Abbildung konnte nicht klar herausgelesen werden, wie viele TN die Studie insgesamt abgebrochen haben. Diese Tabelle erschien nicht verständlich.

Oder «Es gab eine signifikante Interaktion zwischen den beiden Interventionen für Stürze ( $P=0,016$ ).» → Diese signifikante Interaktion der beiden Programme wurde aber im weiteren Text weder beschrieben (erst im Abschnitt «Limitation» wird der Zusammenhang verständlich erwähnt und die Autorinnen und Autoren setzten sich damit auseinander), noch wurde sie in der Tabelle wiedergefunden oder gekennzeichnet. Der Leser weiss jetzt, dass es darin eine signifikante Interaktion gab, aber welche das war, damit wird er im Dunkeln gelassen. → Die Abbildungen/Tabellen sind also teilweise nicht lediglich ergänzend zum Text, sondern sie enthalten Informationen, welche im Text nicht genannt werden und in den Abbildungen/Tabellen nicht klar dargestellt werden.

Die Tabellen 1 und 2 sind nicht ganz verständlich. So stimmen zwar die TN Zahlen bei den eingeteilten Programmen («Separate Interventionsgruppen»), wie sie jedoch zu den TN Zahlen für die «Kombinierte Interventionsgruppen» kommen und was dabei genau kombiniert wurde ist für den

Leser unklar. So stehen beispielsweise nur die Bezeichnungen «Sicherheits-programm für zu Hause» oder «Kein Sicherheitsprogramm für zu Hause», was hier jedoch kombiniert wurde ist nicht ersichtlich und die TN Zahlen geben auch keinen Aufschluss darüber.

Auch was die Zahlen unter den Einteilungen «Mean (SD) follow-up (months)» und «Total follow-up (person years)» genau darstellen ist ebenfalls nicht aus der Tabelle oder dem Text ersichtlich.

Auch der Satz «Die Werte sind Zahlen (Prozentwerte), sofern nicht anders angegeben.», welcher beim Titel der ersten Tabelle zu lesen ist, ist etwas irreführend, da die Zahlen, welche in Prozentwerten angegeben werden in der Tabelle gekennzeichnet sind.

Die Bedeutung der Zahlen in den Klammern innerhalb der Tabellen wird ebenfalls nicht dargestellt. In der Tabelle 1 wurden die Teilnehmer, welche von Anfang an dabei waren dargestellt. Es gibt aber keinen Abschnitt mit den Drop-outs.

Ansonsten zeigen die Tabellen viele Infos. Zudem sind sie zentral in die Arbeit eingebettet, dass sie sofort gesehen werden.

Die Resultate, um wie viel Prozent grösser oder kleiner die Sturzrate bei den beiden Programmen ist und wie teuer das Heimsicherheits-programm ist wurde kurz und verständlich dargelegt.

## **Diskussion**

### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Die Diskussion der Ergebnisse fällt ziemlich kurz aus. Es wird angeschaut, warum das Heimsicherheitsprogramm wohl wirksam ist, eine Vermutung für die signifikante Interaktion zwischen den beiden Programmen (welche im Ergebnisteil angesprochen aber nicht ausgeführt wurde) wird gestellt, sowie ein kurzer Kostenvergleich zwischen dem Heimsicherheitsprogramm und dem ursprünglichen Programm für das Training wird gemacht.

Als Grund für die vermehrten Stürze wird die verminderte Adherence bezüglich des Trainingsprogramms genannt. Dies ist in einer Tabelle ersichtlich, jedoch nicht wie angegeben in Tabelle 3, sondern in Tabelle 4.

Die Autorinnen und Autoren sprechen einige (mögliche) Schwächen an, wenn auch nicht alle. Generell bleiben die Diskussionsthemen recht oberflächlich und werden auch kaum mit ergänzender Literatur unterstrichen.

### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Durch die signifikante Verbindung zwischen den beiden Programmen (wenn beide Programme bei den gleichen Klientinnen und Klienten durchgeführt wurden, war das Heimsicherheitsprogramm weniger wirksam) steht am Ende der Studie doch noch ein ziemlich grosses Fragezeichen, auf welches auch nicht mehr genau eingegangen wird.

Das wieder durchführen der Studie erscheint schwer, da nur wenig genaue Infos zu den durchgeführten Programmen sowie zum Interventionszeitraum in der Studie festgehalten wurden.

**Güte/ Evidenzlage:** Die Güte dieser Studie ist beschränkt. Die Interventionen werden nicht genau beschrieben. Die Erfassung von Stürzen sowie weitere Befragungen der Teilnehmer sind nicht standardisiert und die Resultate können durch Vergesslichkeit oder Scham verfälscht sein. Die Berechnung der Kosten ist mässig nachvollziehbar. Der Resultatteil ist schwer verständlich. Der Diskussionsteil ist sehr kurz, und die Basis der Argumente teilweise mangelhaft.

## Kritische Würdigung Rovner et al. (2014) nach AICA

Referenz: Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., Leiby, B. E., Ho, A. C. et al. (2014). Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration.

Tabelle 11: AICA Rovner et al. (2014)

<b>Zusammenfassung</b>
<b>Einleitung</b>
<b>Problembeschreibung</b> <p>Folgende Argumente für den Forschungsbedarf werden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aufgrund der wachsenden Lebenserwartung vergrößert sich auch die Zahl der Menschen mit Makuladegeneration.</li><li>- Viele davon leiden an Depressionen.</li><li>- Leider bleiben diese häufig unbehandelt, weil die Betroffenen sie einfach so hinnehmen oder weil die Hausärzte sie nicht diagnostizieren.</li></ul>
<b>Bezugsrahmen</b> <p>In der Einleitung wird vor allem die Makuladegeneration thematisiert.</p>
<b>Forschungsfrage (Hypothese)</b> <p>Das Ziel der Studie war ein Vergleich der Wirksamkeit von Verhaltensaktivierung (BA) + Low Vision Rehabilitation (LVR) mit unterstützender Therapie (ST) + LVR zur Vorbeugung depressiver Störungen bei Patienten mit altersbedingter Makuladegeneration (AMD).</p> <p>Die primäre Hypothese von VITAL (so wird die Studie genannt) war, dass BA+LVR effektiver als ST+LVR sein würde, um depressive Störungen zu verhindern und das funktionelle Sehen und die Lebensqualität zu verbessern.</p>
<b>Methode</b>
<b>Design</b> <p>Es ist ein einmaskiges, aufmerksamkeitskontrolliertes Randomized clinical trial mit Outcome Messung nach 4 Monaten.</p> <p>Dieses Forschungsdesign wird nicht begründet.</p>
<b>Stichprobe</b> <p>Die Population sind Menschen mit Makuladegeneration und depressiven Symptomen als Folge davon.</p> <p>Die Probanden wurden aus einer grossen privaten Netzhautpraxis rekrutiert, die mit dem Wills Eye Hospital, Philadelphia, Pennsylvania, verbunden ist. Sie mussten folgende Aufnahmekriterien erfüllen:</p> <p>(1) Alter &gt;65 Jahre, (2) bilaterale AMD, (3) bestkorrigierte Sehschärfe &lt;20/70 im besser sehenden Auge, (4) &gt;5 antiangiogene Injektionen, wenn das bessere Auge neovaskuläre Erkrankungen hatte, oder keine Injektionen in den letzten 3 Monaten, (5) mittlere Schwierigkeiten bei der Durchführung einer bedeutungsvollen sehabhängigen Aktivität und (6) unterschwellige depressive Symptome, im</p>

«Patient Health Questionnaire-9» ein Score von >5, oder depressive Stimmung oder Anhedonie mehrere Tage pro Woche.

Die Ausschlusskriterien waren (1) laufende oder erwartete antiangiogene Behandlung, (2) aktuelle im «Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV» definierte depressive Störung, (3) unkontrolliertes Glaukom, diabetische Retinopathie, Hornhautdystrophie oder erwartete Kataraktoperationen und (4) kognitive Beeinträchtigung einer für Sehbehinderungen angepassten Version des des Mini-Mental-Status-Tests. So kam eine Gruppe von 188 Teilnehmern zustande. Dies erfüllt die Stichprobenberechnung, die ein Minimum von 144 Teilnehmern definierte.

Vor der Randomisierung hatten alle Probanden 2 ambulante LVR-Besuche und wurden dann zu Hause zu BA+LVR oder ST+LVR randomisiert. Der Studienstatistiker randomisierte geeignete Probanden unter Verwendung einer Zufallszahlentabelle, versiegelter Umschläge mit Behandlungsaufgaben und eines festen Randomisierungsschemas mit einem Verhältnis von 1:1 zu den beiden Studiengruppen, geschichtet nach dem Schweregrad des Sehverlustes.

### **Datenerhebung**

Die Daten wurden zu Beginn der Intervention sowie nach 4 Monaten mit folgenden Assessments erhoben:

- Depression wurde mit dem Assessment « Patient Health Questionnaire-9 » untersucht. Dieses Assessment ist validiert und richtet sich nach dem DSM IV.
- Die Selbsteinschätzung der Sehfunktion wurde mit den Assessments « Activities Inventory », « National Eye Institute Vision Function Questionnaire–25 plus Supplement » (NEI-VFQ) durchgeführt.
- Visusbedingte Lebensqualität - Dies ist eine abhängige Variable, die sich aus den sozialen Funktionen aus dem NEI-VFQ, der psychischen Gesundheit, Rollenproblemen und Abhängigkeitssubskalen zusammensetzte.
- Zustand der visuellen Körperfunktionen: Eine Untersuchung von mehreren Funktionen wurde durchgeführt
- Der Körperliche Gesundheitszustand wurde mit dem «Chronic Disease Score» und dem «Medical Outcomes Study-6 (MOS-6)» gemessen.
- Die Persönlichkeit wurde anhand des Assessments»The Revised Neuroticism, Extroversion, Openness Five Factor Inventory» erfasst.
- Die Beteiligung an Betätigungen sowie sozialen Kontakten wurde anhand des Assessments «Behavioral Activation for Depression Scale» protokolliert.
- Zudem gaben die Teilnehmenden die Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs an.

### **Messverfahren & oder Intervention**

#### *Low Vision Optik*

Die vorgängige Intervention des *Optikers* umfassten die Beurteilung der Sehfunktion (z.B. Sehschärfe, Refraktion), die Verschreibung von Geräten und die Anleitung zu deren Verwendung. Die Studie lieferte allen Probanden 350 US-Dollar für den Kauf eines Basissatzes optischer Geräte.

#### *Behavioural Activation & Low Vision Rehabilitation*

Die eine Intervention war «Behavioural Activation» durch ETs sowie Low Vision Rehabilitation. Die Ergotherapeuten führten 6 häusliche, einstündige BA-Sitzungen über 8 Wochen durch. Die Behandlung betonte den Zusammenhang zwischen Handlung, Stimmung und Bewältigung und förderte die Selbstwirksamkeit und soziale Verbindung als Mittel zur Verbesserung von Stimmung und Funktion und zur Bekämpfung von selbstzerstörerischen Verhaltensweisen (z.B. sozialer Rückzug). Der Ergotherapeut schlug Umweltveränderungen zur Verbesserung der Funktion vor und entwickelte mit dem Klientel Aktionspläne zur Erreichung bedeutungsvoller persönlicher und funktionaler Ziele. Die Aktionspläne orientierten sich an Rehabilitationsprinzipien (z.B. Aufteilung der Aufgaben in überschaubare Schritte), wurden in den Tagesablauf integriert und konzentrierten sich auf die Steigerung der sozialen Aktivitäten und die Reduzierung visuell bedingte Schwierigkeiten in Aktivitäten. Letzteres wurde erreicht, indem die Vergrößerung erhöht, die Beleuchtung verbessert, Objekte mit kontrastreichem Band hervorgehoben und die Abläufe vereinfacht wurden.

#### *Supportive Therapy & Low Vision Rehabilitation*

Die «Supportive Therapy» wurde von einem von drei Master-Therapeuten (z.B. Sozialarbeiter) durchgeführt. Sie ist eine nicht direktive, psychologische Behandlung, die emotionale Unterstützung.

#### *Überwachung der Intervention*

Alle Sitzungen wurden aufgenommen und ein Drittel wurde angehört und durch einen Psychotherapeuten und eine auf Low Vision Spezialisierte Ergotherapeutin bewertet. Die Experten waren mehrheitlich zufrieden.

#### **Datenanalyse**

- Demografische Variablen: verschiedene Skalenniveaus, Mittelwerte und Standardabweichungen
- «Patient Health Questionnaire-9»: ordinalskalierte Daten, Relative Risiken (RR) 95% CIs mit der Mantel-Haenszel-Methode wurden berechnet
- «Activities Inventory»: Skalenniveau konnte nicht herausgefunden werden, Lineare Mixed-Effekt-Modelle wurden berechnet
- «NEI-VFQ»: ordinalskalierte Daten, Lineare Mixed-Effekt-Modelle wurden berechnet
- Vision-Related Quality of Life: ordinalskalierte Daten, erweitertes Mixed-Effekt-Modell mit multivariatem Test von Gruppenunterschieden
- Zustand der visuellen Körperfunktionen: nominal bis proportionalskalierte Daten, Mittelwerte und Standardabweichungen gerechnet
- «Chronic Disease Score»: Skalenniveau konnte nicht herausgefunden werden,
- «Medical Outcomes Study-6 (MOS-6)»: ordinalskalierte Daten,
- «The Revised Neuroticism, Extroversion, Openness Five Factor Inventory»: ordinalskalierte Daten,
- «Behavioral Activation for Depression Scale»: ordinalskalierte Daten, Lineare Mixed-Effekt-Modelle wurden berechnet
- Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs: Skalenniveau konnte nicht herausgefunden werden.



Interventionseffekte wurden geschätzt. Die Sehfähigkeit sowie der Wert im PHQ-9 wurden Anpassungskovariablen mit einbezogen. Bei den anderen Baseline-Variablen wurde ein P-Wert von  $P < 0.10$  definiert. Die Mediationsanalyse wurde mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen durchgeführt.

### **Ethik**

Das Einverständnis einer Ethikkommission wurde eingeholt. Alle Probanden gaben ihre Einwilligung nach ihrer Aufklärung; die Studienverfahren waren konform mit dem Health Insurance Portability and Accountability Act und hielten sich an die Grundsätze der Erklärung von Helsinki

### **Ergebnisse**

Nach 4 Monaten entwickelten 11 BA+LVR-Patienten (12,6%) und 18 ST+LVR-Patienten (23,4%) eine depressive Störung (relatives Risiko[RR], 0,54; 95% CI, 0,27-1,06;  $P = 0,067$ ). In geplanten angepassten Analysen betrug der RR 0,51 (95% CI, 0,27-0,98;  $P = 0,04$ ). Eine Mediationsanalyse ergab, dass BA+LVR Depressionen so weit verhinderten, dass die Probanden sozial engagiert bleiben konnten. Darüber hinaus war BA+LVR mit grösseren Verbesserungen des funktionellen Sehvermögens verbunden als ST+LVR, obwohl es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gab. Es gab keine signifikanten Veränderungen oder Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den beiden Gruppen.

Die Ergebnisse werden in Form eines Freitextes präsentiert, der sehr anspruchsvoll zu lesen ist. Tabellen und Darstellungen sind erst im Anhang zu finden. Sie sind verständlich.

### **Diskussion**

#### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Die Forschungsfrage kann anhand der Daten beantwortet werden.

Die Resultate werden umfänglich diskutiert.

Die fehlenden Veränderungen in der Lebensqualität wird damit erklärt, dass die Massnahmen in diesem Bereich wahrscheinlich keine Veränderungen erzeugen können.

Es wurde auch herausgefunden, dass eine schlechtere Selbstbewertung der Gesundheit mit einer von der Behandlung unabhängigen Depression verbunden war. Dies wurde mit Literatur hinterlegt.

Es werden weitere ähnliche Studien genannt.

Folgende Limitationen werden diskutiert:

- Einzigartige Stichprobe
- relativ hohe Ablehnungsrate in der Teilnahme
- relativ kurzen Nachbeobachtungszeit
- PHQ-9 für die Depressionsdiagnose und nicht ein klinisches Interview

#### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

In ihrer jetzigen Form kann BA+LVR als Erstbehandlungsmodell zur Vorbeugung von Depressionen bei sehbehinderten Menschen dienen. Nur wenige Ergotherapeuten erhalten jedoch eine formelle Ausbildung in Psychotherapie wie BA zur Bekämpfung von Depressionen, und viele Augenärzte verweisen die Patienten nicht an den LVR. Daher sind Behandlungen wie BA+LVR derzeit nicht verfügbar. Um Teil der ophthalmologischen Routineversorgung zu werden, wäre ein Engagement

für eine umfassende interdisziplinäre Versorgung und finanzielle Investitionen erforderlich, um ein standardisiertes Depressionsscreening, psychiatrische Beratung, Pflegekoordination sowie die Schulung des klinischen und administrativen Personals zu unterstützen.  
Weiter wird die Kosteneffektivität des Programmes erläutert.

## **Würdigung**

### **Einleitung**

#### **Problembeschreibung Bezugsrahmen**

In der Einleitung wird die Makuladegeneration gut beschrieben. Jedoch werden weitere Themen wie Interventionsprinzipien oder bisher untersuchte Interventionen erst im Diskussionsteil dargestellt.

#### **Forschungsfrage (Hypothese)**

Die Forschungsfrage ist klar formuliert. Sie ist sehr praxisrelevant und gibt wertvolle Informationen für diese Arbeit.

### **Methode**

#### **Design**

Das Design ist sehr passend zur Forschungsfrage und wird korrekt angewendet.

#### **Stichprobe**

Viele Personen verzichteten freiwillig auf die Teilnahme an der Studie, was die Resultate prägen könnte, da diese Gruppe beispielsweise gesundheitlich deutlicher angeschlagen sein könnte oder weniger offen für Interventionen sein könnte. Trotzdem erfüllt die Stichprobe die berechnete Minimalgrösse. Die beiden Gruppen sind relativ ausgeglichen, ausser dass die Gruppe BA + LVR das bessere Auge in einem deutlich besseren Zustand hatte als die Teilnehmer der anderen Interventionsgruppe.

#### **Datenerhebung**

Die Datenerhebung ist weitgehend nachvollziehbar und entspricht dem Studiendesign. Die Assessments wurden zur Überprüfung durch die Autorinnen und Autoren dieser Arbeit in der Bing Suche eingegeben. Dabei erschienen bei einigen klare Resultate wie Wikipedia-Einträge oder die Formulare in PDF. Bei zwei Assessments («Activities Inventory» und «Chronic Disease Score») konnten keine klaren Einträge gefunden werden, was darauf hinweist, dass diese nicht standardisiert sein könnten.

#### **Messverfahren & oder Intervention**

Die Intervention ist weitgehend gut beschrieben. Nur die Beschreibung der Low Vision Rehabilitation fehlt. Dies könnte daran liegen, dass wie im Diskussionsteil zu lesen ist, in einer vorangehenden Studie dieselben Autorinnen und Autoren die Low Vision Rehabilitation untersucht haben und somit in diesem Rahmen erläutert haben.  
Die Interventionen wurden durch Experten geprüft.

### **Datenanalyse**

Die Verfahren der Datenanalyse werden ausführlich beschrieben. Die Berechnung des relativen Risiko sowie der Konfidenzintervalle ist bereits ab nominalem Skalenniveau geeignet und sind klassische Verfahren aus der Epidemiologie, in der man häufig die Auftretenswahrscheinlichkeit von Erkrankungen berechnet.

Das Signifikanzniveau ist aufgrund der bivariaten Daten nachvollziehbar.

### **Ethik**

Die Einverständnis einer Ethikkommission wurde eingeholt. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse sind sehr präzise. Die Tabellen und Grafiken sind leider erst im Anhang, jedoch gut nachvollziehbar und hilfreich.

### **Diskussion**

#### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Es werden nicht ganz alle Resultate diskutiert, was der Rahmen dieser Studie sprengen würde. Es wird aber umfänglich diskutiert, und Gründe für schwache Outcomes werden gesucht. Diese Hypothesen werden mit Literatur untermauert. Weitere Studien zum Thema werden in die Diskussion mit einbezogen.

#### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Diese Studie ist sehr sinnvoll. Sie könnte in einem anderen Setting wiederholt werden, da sie genau beschrieben ist.

Die Ergebnisse sind aber nur in die Praxis umsetzbar, wenn die/der behandelnde ET Kompetenzen im Bereich der «Behavioural Activation» (BA) hat. Dies ist ein Konzept aus der Psychotherapie im Bereich für Menschen mit Depression. Wie die Autoren der Studien erwähnten, haben viele ETs keine solchen Kenntnisse.

**Güte/ Evidenzlage:** Die Güte dieser Studie ist sehr hoch.

## Kritische Würdigung Copolillo et al. (2007) nach AICA

Referenz: Copolillo, A., Warren, M. & Teitelman, J. L. (2007). Results from a Survey of Occupational Therapy Practitioners in Low Vision Rehabilitation.

Tabelle 12: AICA Copolillo et al. (2007)

<b>Zusammenfassung</b>
<b>Einleitung</b>
<b>Problembeschreibung</b> <p>Es gab bisher noch keine systematische Untersuchung der Arbeit der ETs auf diesem Gebiet. Seit kurzem gibt es aber immer mehr ETs, die auf diesem Gebiet arbeiten. Für diese Arbeit ist mehr Evidenz nötig. Zudem muss die Rolle der ET im interprofessionellen Team geklärt werden.</p>
<b>Bezugsrahmen</b> <p>Häufigkeit und Ursachen von Sehbehinderungen, sowie die Lage der Ergotherapie in diesem Arbeitsgebiet zu diesem Zeitraum in den USA</p>
<b>Forschungsfrage</b> <p>Es werden fünf Forschungsfragen formuliert:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Spiegeln Interventionen von Ergotherapeuten die Anwendung der Kernbereiche der Ergotherapie wider?</li><li>2. Bieten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eine Sehbehindertenrehabilitation durch die ihnen bekannten Dienstleistungsmodelle an?</li><li>3. Streben Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach kontinuierlicher Fachkompetenz beim Einstieg in die Rehabilitation mit niedrigem Sehvermögen?</li><li>4. Erhalten mehr ältere Erwachsene, d.h. Personen ab 65 Jahren, Ergotherapie aufgrund ihrer Sehbehinderung als andere Gruppen?</li><li>5. Ist die Zahl der ETs, die eine formelle Programmevaluierung zur Überprüfung der Ergebnisse der Rehabilitation für Menschen mit niedrigem Sehvermögen nutzen, geringer als die Zahl derjenigen, die solche Verfahren nicht anwenden?</li></ol>
<b>Methode</b>
<b>Design</b> <p>Es ist eine deskriptive Querschnittstudie basierend auf einem Fragebogen. Das Design wird nicht begründet.</p>
<b>Stichprobe</b> <p>Die Population sind ETs in den USA, die Menschen mit Sehbehinderungen behandeln. Die Stichprobe sind 34 ETs, welche folgende Kriterien erfüllen müssen: Sie müssen häufig mit Menschen mit Sehbehinderungen arbeiten und motiviert sein, den Fragebogen auszufüllen. Grundlage für die Stichprobe war die Teilnehmerliste von zwei Workshops zu Sehbehinderung am jährlichen Kongress der AOTA. 100 Teilnehmende haben einer Liste ihre E-Mail Adresse angegeben und somit ein Interesse an der Teilnahme an künftigen Forschungen bekannt gegeben.</p>

Weitere Ergotherapeuten wurden durch die Kursteilnehmer durch das Schneeball-Prinzip involviert. Der Fragebogen wurde an 120 Personen aus 36 Staaten gesendet.

Teilnehmer der Workshops, welche den Kriterien nicht entsprachen, verzichteten auf das Ausfüllen des Fragebogens oder wurden durch die Forschenden darauf hingewiesen.

Dass nur 34 (von 17 Staaten) von den 120 Teilnehmenden den Fragebogen ausfüllten liegt gemäss den Autorinnen und Autoren daran, dass die übrigen Personen keine häufig in diesem Arbeitsfeld tätigen Personen sind.

### **Datenerhebung**

Die Daten wurden einmalig mit einem schriftlichen Online-Fragebogen mit 47 geschlossene Fragen erhoben. Die Teilnehmenden konnten aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wählen oder mussten Zahlen angeben.

### **Messverfahren & oder Intervention**

Zwei Fachgruppen der AOTA, bestehend aus ETs, welche auf diesem Arbeitsfeld arbeiten, entwickelten diesen elektronischen Fragebogen. Er hat den Titel: "Survey of Occupational Therapists' Practice in Low Vision Rehabilitation" Die Inhalte basieren auf Anregungen anderer Personen. Qualität und Validität wurde mithilfe stetiger Diskussion und Verbesserung angestrebt.

### **Datenanalyse**

Die Antwortmöglichkeiten sind nominal oder ordinal skaliert, Zahlen-Angaben (Anzahl Jahre Arbeitstätigkeit etc.) sind intervallskaliert.

Es wurde eine primär deskriptive Analyse durchgeführt. Häufigkeiten, Prozente, und Mittelwerte wurden für alle Variablen berechnet. Modus und Mediane wurden auch berechnet wenn geeignet.

### **Ethik**

Es werden keine Angaben zu diesem Thema gemacht.

### **Ergebnisse**

*Ausbildung:* beschränkte Thematisierung in der Ausbildung, besuchen häufig Weiterbildungsprogramme an den Hochschulen.

*Setting:* v.a. Ambulatorien in Spitäler, häufig kombiniert mit Heimbesuchen. Das Angebot wurde häufig auf Anfrage eines Ophthalmologen eröffnet, Verordnungen kommen häufig auch von anderen Ärzten.

*Klientel:* vorwiegend älter als 65, lebten oft zuhause oder in Alterswohnungen, vor allem Weisse, am häufigsten durch Makuladegeneration.

*Assessments:* im Bereich ADL häufig nicht standardisierte, Lesefähigkeiten sowie Sehfunktionen wurden aber häufig überprüft.

*Interventionen:* Umwelthanpassungen, ADL Interventionen, Anwendung von Optischen Hilfsmittel in täglichen Aktivitäten, Sehfähigkeitstraining, Innenmobilität, Computer- und andere technische Anpassungen, Diabetes-Selbstmanagement setzten jeweils mehr als die Hälfte der Therapeuten ein. Dazu wenden alle psychosoziale Intervention (Weiterweisung an einen Psychologen,

Empfehlung einer Gruppe für Menschen mit Sehbehinderungen, Information von Ärzten und Angehörigen) im Falle von Depressionen oder Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung an. Eine formelle Evaluation wurde nicht häufig durchgeführt.

Die Ergebnisse werden mehrheitlich verständlich formuliert. Bei einigen Antwortmöglichkeiten «Basic ADL interventions» und «Instrumental ADL interventions» ist nicht ganz klar, was diese bedeuten. Die Grafiken sind etwas klein.

## **Diskussion**

### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Die hohe Zahl an verwendeten nicht standardisierten Assessments interpretieren die Forscher folgendermassen: Einerseits gibt es nicht viele Assessments in diesem Bereich, andererseits benützen viele Ergotherapeuten stattdessen die Aktivitätsanalyse.

Die hohe Zahl an ADL Interventionen und an Umwelthanpassungen sehen die Forschenden als Hinweis darauf, dass die ETs typisch ergotherapeutisch dem OTPF entsprechend arbeiten.

Dass die Teilnehmenden nebst der Hilfsmittelinstruktion auch Training von Sehfunktionen anbieten, weist darauf hin, dass der Ansatz nicht nur kompensatorisch, sondern auch auf Funktionsverbesserung ausgerichtet ist.

Die ET sei mehr im medizinischen Wesen als im Gemeindewesen tätig und grenze sich somit zur Arbeit der Rehabilitationsfachkräfte ab.

Auch einige Limitationen werden genannt:

Die dominanteste Klientengruppe waren Personen über 65 Jahren. Es wird genannt, dass einer der Workshops, aus dem Leute rekrutiert wurden, spezifisch zu ET bei Menschen ü 65 war. Es wird jedoch auch mit Literatur untermauert, dass diese Altersverteilung der Wirklichkeit entsprechen könnte.

Auch wird die geringe Grösse sowie die nicht ganz repräsentative geografische Verteilung der Stichprobengrösse als Limitation genannt.  
als Primärpopulation reduziert

### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Es wird genannt, dass die Ergotherapeuten gut auf das multimorbide geriatrische Klientel vorbereitet werden müssen, da dies die wichtigste Klientengruppe im Bereich Sehbehinderungen ist.

## **Würdigung**

### **Einleitung**

#### **Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage (Hypothese)**

Die Fragestellungen sind klar und praxisrelevant.

In der Beschreibung zur aktuellen Lage fehlt es an Literatur, was teilweise aber auch daran liegen könnte, dass dieses Fachgebiet damals in den USA noch nicht so weit entwickelt schien.

## Methoden

### Design

Das gewählte Design scheint hilfreich, um einen groben Überblick zu gewinnen. Um die Berufsrealität tiefer zu erfassen, wäre qualitatives Vorgehen geeigneter.

### Stichprobe

Einige Mängel bei der Stichprobe werden bereits von den Autorinnen und Autoren der Studien genannt:

- Die Stichprobe ist ziemlich klein.
- Die Stichprobe ist regional nicht repräsentativ verteilt, um Aussagen für ganz Amerika zu machen.
- Viele Teilnehmende aus der Stichprobe stammen aus einem Kurs zu Sehbeeinträchtigung bei Menschen über 65 Jahren.

Zudem ist es fraglich, weshalb so viele Personen auf das Ausfüllen des Fragebogens verzichteten. Die Autorinnen und Autoren schrieben, dass dies Personen sind, welche zwar an diesem Thema interessiert sind, jedoch zu wenig Erfahrung hatten und deshalb ausgeschlossen wurden. Es gab jedoch bestimmt auch einige, welche kein Interesse an diesem Fragebogen hatten. Zudem könnte es weitere ETs geben, welche auf diesem Arbeitsfeld tätig sind, jedoch nicht am AOTA Kongress teilnahmen und durch das Schneeball-Prinzip nicht erreicht wurden.

### Datenerhebung

Der Fragebogen ist im Anhang sowie im Internet nicht auffindbar.

### Messverfahren & oder Intervention

Das Messinstrument wurde nicht wissenschaftlich auf die Gütekriterien überprüft. Fraglich ist, ob die im Messinstrument angegebenen Antwortmöglichkeiten (z.B. Interventionen) den möglichen Optionen in der Realität entsprechen. Denn in den Abbildungen und Tabellen ist ersichtlich, dass viele ETs unter der Rubrik «Other» ein Kreuzchen gesetzt haben.

### Datenanalyse

Die Verfahren der Datenanalyse werden nur sehr knapp beschrieben. Soweit es nachvollziehbar ist, wurden statistische Verfahren sinnvoll und den Datenniveaus entsprechend angewendet.

### Ethik

Die Umfrage wurde an persönliche E-Mail-Adressen versendet, die nach dem Rücksenden markiert wurden. Es ist unklar, ob somit der Datenschutz gewährleistet ist. Falls die Umfrage mit den Teilnehmenden in Verbindung gebracht werden kann, könnte es sein, dass Teilnehmende den Bogen nicht ganz der Wahrheit entsprechend ausgefüllt haben, in der Angst, von den Forschenden bewertet zu werden.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse sind mehrheitlich präzise und verständlich. Die Tabellen und Grafiken sind mit Titel und Legenden versehen.

Einige Antwortmöglichkeiten wie «Basic ADL interventions» und «Instrumental ADL interventions» ist nicht ganz klar, was damit gemeint ist. Es ist nicht klar, ob den Teilnehmenden der Studie besser als den Lesenden erklärt wurde, was das bedeuten soll.

## **Diskussion**

### **Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Die Resultate werden diskutiert. Dabei werden sehr optimistische und lobende Hypothesen generiert und wenig mit Literatur untermauert.

Die Kompetenzen der ETs werden sehr hoch eingeschätzt, obwohl die Ergotherapie gemäss der Einleitung in diesem Fachbereich noch nicht sehr weit entwickelt sei.

Beispielsweise folgender Absatz: «Der ganzheitliche Ansatz der Ergotherapie bei Sehbehinderung spiegelt sich darin wider, dass die ETs die Fahrunterbrechung, die psychosoziale Anpassung und die funktionelle Mobilität als relevante Themen behandeln und sich konsequent auf andere Berufe beziehen, um Bereiche anzusprechen, die ausserhalb des ergotherapeutischen Bereichs der Praxis liegen.»

### **Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Die Studie ist sinnvoll, verdeutlicht aber den Bedarf der Weiterentwicklung auf diesem Gebiet in verschiedensten Bereichen: Erfassung der ETs, Ausbildung, Assessments.

**Güte/ Evidenzlage:** Die Güte dieser Studie ist ausreichend, jedoch aufgrund der kleinen und einseitigen Stichprobe sowie aufgrund des nicht auf die Güte überprüften Fragebogens nicht besonders hoch.



## Kritische Würdigung Molitor & Mayou (2018) nach AICA

Referenz: Molitor, W. L. & Mayou, R. (2018). The Low Vision Team: Optometrists' and Ophthalmologists' Perceptions and Knowledge of Occupational Therapy.

Tabelle 13: AICA Molitor & Mayou (2018)

<b>Zusammenfassung</b>
<b>Einleitung</b>
<b>Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</b> <p>Es geht um die Kenntnisse der Optometristinnen und Optometristen sowie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen über Ergotherapie zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Ziel dieser Studie war es daher, das Wissen und die Wahrnehmung von der genannten Berufe über die Rolle von Ergotherapeuten bei der Rehabilitation von Sehbehinderungen zu ermitteln. Darüber hinaus wurde die Beteiligung von Ergotherapeuten an den optometrischen und ophthalmologischen Praxen von Teilnehmern in zwei Staaten untersucht.</p> <p>Im Sinne eines theoretischen Bezugsrahmens werden in der Einleitung Sehbehinderungen und deren Folgen, interprofessionelle Versorgung, die Rolle der Ergotherapie, Zusammenarbeits-Modelle und Barrieren für die multidisziplinäre Rehabilitation thematisiert.</p> <p>Es gibt jedoch nur wenige Studien, die untersuchen, inwieweit Augenärzte die Ergotherapie verstehen. Diese Berufe tragen aber eine entscheidende Rolle in der Verordnung von Patienten an die Ergotherapie</p>
<b>Methode</b>
<b>Design</b> <p>Dies ist eine Mixed-Methods-Studie mit einer nicht-experimentellen Querschnittsuntersuchung und deskriptiven qualitativen Designs.</p> <p>Das Querschnittsuntersuchungsdesign wurde für diese Studie als das am besten geeignete für diese Studie ermittelt, da es eine effiziente Methode ist, ein Verständnis für eine bestimmte Personengruppe zu generieren und Schlussfolgerungen aus nur einer Erhebung zu ziehen. Das von Sandelowski beschriebene deskriptive qualitative Design lieferte zusätzliche Informationen, um die quantitativen Untersuchungsdaten zu untermauern.</p>
<b>Stichprobe</b> <p>Die Population sind Optometristinnen und Optometristen sowie Ophthalmologinnen und Ophthalmologen. An der Untersuchung nahmen 34 Personen teil.</p> <p>Es wurden Fragebögen an Optometristinnen und Optometristen von zwei Staaten des Mittleren Westens (Iowa und South Dakota) sowie an Ophthalmologinnen und Ophthalmologen aus einem Staat verschickt. Die E-Mail Adressen stammen aus Listen der Verbände von Optikern und Ophthalmologen in den Staaten. Einschlusskriterien waren: Häufige Berufstätigkeit in einem der beiden Berufe und Wohnsitz in einem der beiden Staaten. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig und anonym.</p>
<b>Datenerhebung</b> <p>Fragebogen mit 20 Fragen:</p>

4 Demografische Fragen (Arbeitsfeld, Erfahrungsjahre, Staat)

4 zu der Anzahl Patienten, Diagnosen, Behandlungen

6 zu den Verordnungen und Verweisungen von und an andere Berufe

6 zu der Rolle und Eingebundenheit der ET in der Behandlung von Menschen mit

Sehbehinderungen, mit einer 5 Punkte Likert-Skala von «starke Zustimmung» zu «starke Uneinigkeit».

Danach gab es folgende offene Fragen:

«Beschreiben Sie, aus welchen Behandlungen mit niedrigem Sehvermögen Ihre Praxisalltag typischerweise besteht.»

«Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile (falls vorhanden) der Ergotherapie für Ihre Klienten mit eingeschränkter Sehkraft?»

«Was ist Ihrer Meinung nach die Rolle (falls vorhanden) der Ergotherapie innerhalb des Low Vision Teams?»

### **Methodologische Reflexion**

Die Daten wurden anonym über die elektronische Plattform PsychData erfasst, deren Link via E-Mail versendet wurde.

Für die Entwicklung des Fragebogens wurde relevante Literatur zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Sehbehindertenwesen sowie Umfragen zum Sehbehindertenwesen gelesen. Daraus wurden Fragen gewonnen, welche anschliessend in logische Gruppierungen geordnet wurden. Anhand Feedbacks durch ETs sowie einer ET-Abschlussklasse wurde der Fragebogen verbessert.

### **Datenanalyse**

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung sind nominal bis intervallskaliert. Häufigkeiten wurden berechnet, um die Datenverteilung zu beschreiben.

Nichtparametrische Chi-Quadrat- und Mann-Whitney-U-Tests wurden verwendet, um Daten zu vergleichen, um Unterschiede in der Verteilung der beobachteten Frequenzen von den erwarteten Frequenzen zu bestimmen und die Nullhypothese zu testen.

Qualitative Daten wurden mit Hilfe von Inhaltsanalyseverfahren wie folgt analysiert:

Zwei Forscher lasen jede Datenabschrift mehrmals, um ein gutes Verständnis der Bedeutung zu erhalten. Sie kodierte dann die Daten unter Verwendung des Übersichtsfensters in Microsoft Word, in Codes, welche die eigentliche Bedeutung erfassen. Konzeptionell ähnliche Codes wurden in Kategorien eingeteilt.

Die Forscher trafen sich, um die entwickelten Codes zu diskutieren und einen Konsens zu erzielen. Meinungsverschiedenheiten wurden durch eine gemeinsame Dekodierung der Antworten gelöst. Kategorien siehe Abbildung 1.

### **Ethik**

Es werden keine Massnahmen zur Einhaltung ethischer Prinzipien genannt.

## Ergebnisse

Die quantitativen Ergebnisse werden in Fliesstext sowie in übersichtlichen Tabellen präsentiert. Die Befragten arbeiten vor allem in Gemeinschaftspraxen, und die grösste Klientengruppe von Menschen mit Sehbehinderungen sind diejenigen mit Makuladegeneration. Mehr als die Hälfte der Fachpersonen hat noch nie eine Überweisung zur Ergotherapie gemacht. Klientinnen und Klienten wurden häufiger an andere Organisationen überwiesen, wie beispielsweise der Staatliche Dienst für Blinde und Sehbehinderte oder O&M Fachkräfte. Sie waren aber interessiert an einer vermehrten Einbindung der Ergotherapie.

Die qualitativen Ergebnisse werden sowohl in einem Mindmap sowie auch in einem Fliesstext mit Zitaten präsentiert. Es wurden vielfältige Interventionen der Ergotherapie genannt, die die Realität gut wiedergeben: Edukative Massnahmen (zur Diagnose und zu Massnahmen), Strategietraining (Benützung von Sehhilfen im Alltag, O&M Training, «exzentrisches Sehetraining»), Strategien für psychosoziale Faktoren/Coping (Krankheitsverarbeitung), ADL Training (viel breiter als in der ergotherapeutischen Literatur, nämlich kochen, anziehen, schreiben, lesen) sowie Umwelтанpassungen (Anpassung der Beleuchtung einschliesslich Kontrast und Blendungsbegrenzung). Weiter präsentiert werden Antworten zu den Kategorien «allumfassendes»(comprehensive) aber auch «bruchstückartiges» (fractioned) Wissen (knowledge), sowie «optimistischen» (optimistic) aber auch «unsicheren» (uncertain) Wahrnehmungen (perceptions).

## Diskussion

### Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Die Unsicherheit bezüglich der Ergotherapie sowie Vermindertes Bewusstsein für die Verfügbarkeit der Ergotherapie können Gründe für die mangelnden Verordnungen und Überweisungen sein. Eine sinnvolle Lösung wäre hier eine sehr nahe Zusammenarbeit der Ophthalmologen und Optikern mit den Ergotherapeuten in Form von Gemeinschaftspraxen. Alle Aussagen werden mit Literatur untermauert.

Es besteht demnach ein Bedarf an Aufklärung und Lobbyarbeit für Optiker und Augenärzte in Bezug auf den Zugang zu ergotherapeutischen Dienstleistungen für Menschen mit eingeschränkter Sehkraft.

Folgende Limitationen werden diskutiert:

- die Daten der Teilnehmer, welche sich nach Erhalten des Emails gegen eine Teilnahme entschieden haben, sind nicht vorhanden. Das könnte die Ergebnisse beeinflusst haben.
- zudem ist die Stichprobe relativ klein und vor allem geografisch begrenzt.

### Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis

Die Verordnungs-Praktiken an die Ergotherapie müssen genauer erforscht werden. Es gibt schon interprofessionelle Modelle zur Zusammenarbeit, welche aber noch weiter geprüft werden müssen.

## Würdigung

### Einleitung

### Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)

Es wurde eine klare Forschungsfrage gestellt. Der Forschungsbedarf wird nachvollziehbar begründet.

Die Studie beantwortet eine wichtige Forschungsfrage, da die Optiker und Ophthalmologen wichtige Zuweiser von Klientinnen und Klienten an die Ergotherapie sind.

Zudem wurden alle Konzepte in der Einleitung logisch dargestellt. Sie wurden mit Literatur untermauert, welche aber teilweise nur bedingt geeignet scheint. Dies könnte aber daran liegen, dass dieser Fachbereich in der Ergotherapie sehr klein und sehr jung ist.

## **Methode**

### **Design**

Das gewählte Design passt zur Forschungsfrage.

Eine interne und externe Validität ist durch die Anonymität weitgehend gewährleistet. Einzig die Stichprobe (siehe nächster Abschnitt) könnte die Validität etwas vermindert haben.

### **Stichprobe**

Durch die Freiwilligkeit der Teilnahme werden einerseits ethische Richtlinien berücksichtigt.

Andererseits könnten Drop-Outs die Ergebnisse beeinflusst haben. Denn Personen, die gar nichts mit der Ergotherapie zu tun haben, werden wahrscheinlich weniger interessiert an der Umfrage sein.

Die Stichprobe ist regional ziemlich einseitig. Denn der Mittlere Westen der USA ist sehr ländlich.

Der Einbezug von Fachpersonen aus einem städtischeren Gebiet wie New York wäre interessant gewesen, da dort der Ausbau des Gesundheitswesens sowie die Vernetzung der Fachpersonen anders aussehen könnten

### **Datenerhebung**

Der Fragebogen wird sehr klar, nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Die Datenerhebung ist einheitlich. Eine Datensättigung wird nicht diskutiert.

### **Methodologische Reflexion / Messverfahren & oder Intervention**

Das methodische Vorgehen stimmt mit der Fragestellung sowie dem gewählten Forschungsansatz überein.

Reliabilität sowie Validität sind gewährleistet. Die Auswahl des Messinstruments (in diesem Fall der Fragebogen) ist begründet und die Entwicklung dessen ist nachvollziehbar erklärt

### **Datenanalyse**

Die quantitative Datenanalyse wird nur sehr kurz beschrieben, ist aber im Ergebnisteil meist nachvollziehbar ersichtlich. Das Verfahren zur Analyse der Qualitativen Ergebnisse wird in genügender Ausführlichkeit beschrieben.

Das Chi-Quadrat ist eine Berechnung von Häufigkeiten, die bereits ab nominalskalierten Daten angewendet werden kann. Der Mann-Whitney-U-Test kann ab ordinal skaliertem Datenniveau angewendet werden, was auf die zur Berechnung verwendeten Daten aus der Lickert-Skala zutrifft.

Die statistischen Verfahren wurden deshalb sinnvoll eingesetzt.

**Ethik**

Die Untersuchung gewährleistet Freiwilligkeit und Anonymität.

**Ergebnisse**

Die quantitativen Ergebnisse sind, soweit dies die Daten ermöglichen, präzise. Da der Text sowie die Tabellen mit vollständigen Angaben versehen sind, können Berechnungen gut nachvollzogen werden. Tabellen und Abbildungen werden im Text erwähnt und ergänzen ihn sinnvoll.

Die qualitativen Ergebnisse zeigen die Reichhaltigkeit der Daten klar auf. Die Kategorien wirken auf der Mindmap-artigen Abbildung etwas verwirrend, da häufig Wörter mit sich widersprechender Bedeutung nebeneinander stehen (z.B: «optimistic» und «uncertain»). Beim Lesen des Textes sind sie jedoch verständlich und werden anhand der vielen Zitate als geeignet empfunden.

**Diskussion****Diskussion und Interpretation der Ergebnisse**

Es werden nicht alle Resultate diskutiert, sondern vor allem die Hauptergebnissen zur Fragestellung. Erhobene Daten zur Arbeit der Teilnehmenden werden nicht diskutiert. Die Interpretation passt zu den Resultaten.

Die in der Diskussion gezogenen Schlüsse werden mit anderen Studien untermauert. Jedoch werden die Ergebnisse der Studie nicht mit andern Studien verglichen (weil es wahrscheinlich keine gibt).

**Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis**

Diese Studie ist sinnvoll, da sie eine Basis für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Optikern, Ophthalmologen und Ergotherapeuten bietet. Somit stellt sie eine Grundlage für die weitere Etablierung der Ergotherapie in diesem Gebiet dar. Um Massnahmen einzuleiten, wäre sicher eine weitere Erfassung in einem anderen Gebiet, z.B. in einem städtischen Gebiet oder generell einem grösseren Gebietsradius notwendig.

**Güte/ Evidenzlage:** Dies ist eine Studie von einer hohen Güte, welche einzig durch die etwas einseitige Stichprobe (sehr ländlich) beschränkt ist.