

# Kriterien zur Ausarbeitung ergotherapeutischer Heimprogramme für Kinder

**Bachelorthesis von:**

**Christine Hiltbrand**

Niesenstrasse 4

3510 Konolfingen

Matrikel-Nr.:

S06-864-854

**Matthias Matter**

Inzlingerstrasse 162

4125 Riehen

Matrikel-Nr.:

S06-539-878

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



**Departement Gesundheit**

**Studiengang Ergotherapie**

**Studienjahrgang 2006**

Abgabedatum: 18. Juni 2009

Betreuende Lehrperson: Regula Kubli

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>2. EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
2.1 MOTIVATION	5
2.2 ÖKONOMISCHE SITUATION IM GESUNDHEITSWESEN	5
2.3 AKTUELLER TREND IN DER PÄDIATRISCHEN ERGOTHERAPIE	7
2.4 FORSCHUNGSSTAND UND FRAGESTELLUNG	7
2.5 WISSENSLÜCKE	8
2.6 BEGRIFFSDEFINITIONEN	9
2.7 METHODIK	11
2.7.1 <i>Suchstrategie und -resultate</i>	11
<b>3. HAUPTTEIL</b>	<b>14</b>
3.1 MATRIX	14
3.2 VERWENDETE LITERATUR	22
3.2.1 <i>Satisfaction with a Paediatric Occupational Therapy Service</i>	22
3.2.2 <i>Home Programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start?</i>	23
3.2.3 <i>Participation in Home Therapy Programs for Children with Cerebral Palsy: A Compelling Challenge</i>	25
3.2.4 <i>Mother's Satisfaction with a Home Based Early Intervention Programme for Children with ASD</i>	29
3.2.5 <i>Stress and Compliance with a Home Exercise Program Among Caregivers of Children with Disabilities</i>	30
3.2.6 <i>Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy</i>	32
3.2.7 <i>Home activity programmes in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions.</i>	34
3.3 DISKUSSION	36
3.3.1 <i>Wissenschaftlichkeit</i>	36
3.3.2 <i>Therapeutische Haltung</i>	37
3.3.3 <i>Elterninformation und -anleitung</i>	38
3.3.4 <i>Art der Aktivitäten in Heimprogrammen</i>	39
3.3.5 <i>Anzahl Aktivitäten im Heimprogramm</i>	40
3.3.6 <i>Heimprogramme im Familienalltag</i>	41
3.3.7 <i>Zielsetzung im Heimprogramm</i>	42
3.3.9 <i>Logbuch</i>	44
3.3.10 <i>Therapiematerial</i>	45

3.4 RÜCKBLICK AUF DIE DISKUSSION	45
3.5 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS	46
3.5.1 <i>Therapeutische Unterstützung</i>	46
3.5.2 <i>Information</i>	46
3.5.3 <i>Anleitung</i>	46
3.5.4 <i>Anzahl und Art der Aktivitäten im Heimprogramm</i>	47
3.5.5 <i>Heimprogramme im Familienalltag</i>	47
3.5.6 <i>Zielsetzung</i>	47
3.5.7 <i>Logbuch</i>	48
3.5.8 <i>Therapiematerial</i>	48
<b>4. SCHLUSSTEIL</b>	<b>49</b>
4.1 METHODE	49
4.2 BEARBEITUNG	49
4.3 BEZUG ZUR FRAGESTELLUNG UND ERGEBNISSE	49
4.4 LIMITATIONEN UND IMPLIKATIONEN	51
<b>5. QUELLENVERZEICHNIS</b>	<b>53</b>
5.1 LITERATURVERZEICHNIS	53
5.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	59
5.3 TABELLENVERZEICHNIS	59
<b>6. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG</b>	<b>61</b>

## 1. Abstract

**Zweck:** Zwar werden Heimprogramme in der pädiatrischen Ergotherapie angewendet, entsprechende evidenzbasierte Kriterien, welche zur Ausarbeitung, Implementierung und Evaluation dieser Heimprogramme dienen, bestehen jedoch nicht. Ziel dieser Arbeit ist es, Empfehlungen für die Praxis zu generieren, welche einen Beitrag dazu leisten, eine grösstmögliche Adhärenz der Klienten<sup>1</sup> im Heimprogramm zu erreichen und damit eine Grundlage für effektive Heimprogramme zu bieten. Weiter sollen diese Kriterien Anteil zur Diskussion über die Entwicklung von «Guidelines zur Ausarbeitung von Heimprogrammen» leisten.

**Methode:** Im vorliegenden Review wurden zum Thema Heimprogramme in der ergotherapeutischen Pädiatrie, die gängigsten medizinischen Datenbanken durchsucht. Durch klare Einschlusskriterien und eine kritische Beurteilung wurden sieben Forschungsartikel (ein Review, zwei quantitative und vier qualitative Studien) herausgefiltert. Darin befinden sich drei ergotherapeutische, zwei physiotherapeutische und zwei gemischte Arbeiten. Mit weiterführender Literatur wurden diese anschliessend diskutiert und daraus Empfehlungen für die Praxis, zur Ausarbeitung von ergotherapeutischen Heimprogrammen für Kinder, generiert.

**Resultate und Schlussfolgerung:** Es zeigt sich, dass die Literatur, hinsichtlich der Ausarbeitung und Implementierung, durchgehend den familienzentrierten Ansatz propagiert. Daher kommt den Eltern in der pädiatrischen Ergotherapie eine zentrale Rolle zu. Durch enge Zusammenarbeit mit den Eltern wird deren Adhärenz positiv beeinflusst. Des Weiteren soll versucht werden, das Heimprogramm möglichst gut in den familiären Alltag zu integrieren. Auch die therapeutische Haltung hat einen beträchtlichen Einfluss auf die Adhärenz der Klienten. So muss gut informiert und angeleitet werden, wobei die empathische Haltung des Therapeuten zentral ist.

Schliesslich wird der individuellen Ausarbeitung von Heimprogrammen eine Schlüsselfunktion zugeschrieben.

Da die ergotherapeutische Forschung in diesem Themenbereich noch gering ist, ist weiterführende Forschung notwendig, damit klinische Guidelines zur Ausarbeitung von Heimprogrammen entwickelt werden können.

---

<sup>1</sup> Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wurde auf eine männlich/weiblich Formulierung verzichtet. Sämtliche Ausdrücke, die männlich formuliert sind, gelten sinngemäss auch für das weibliche Geschlecht.

## 2. Einleitung

### 2.1 Motivation

Im Laufe der Praktika wurden wir mit dem Thema Heimprogramm (HP) konfrontiert. Dabei stellten wir fest, dass die übliche Therapiefrequenz von einer Behandlung wöchentlich zur Erreichung von Therapiezielen, insbesondere in der Pädiatrie, oft unzureichend ist. Diese Situation ist weder für Klienten noch für Therapeuten befriedigend und motivierend.

In der Praxis wird versucht, dieses Zeitdefizit mit dem Erteilen von «Hausaufgaben» zu decken. Diese unterliegen jedoch nicht der evidenzbasierten Praxis (EBP siehe: Sackett, Rodenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Auch wir versuchten, solche «Hausaufgaben» aufzutragen, mussten jedoch feststellen, dass diese durch die Klienten nicht oder nur sehr spärlich ausgeführt wurden und nur geringe Effektivität zeigten. Grösstenteils wurden diese «Hausaufgaben» mündlich und wenig konkret erteilt, wobei sich zwei Fragen stellten:

- Müssen «Hausaufgaben» mit Hilfe von evidenzbasierten Guidelines oder Richtlinien ausgearbeitet werden?
- Sind HPs überhaupt sinnvoll und wenn ja, in welchem Rahmen?

Diese Tatsachen veranlassten uns anhand eines Literaturreviews folgender Fragestellung nachzugehen:

**«Welche Kriterien müssen zur Ausarbeitung und Durchführung von effektiven ergotherapeutischen Heimprogrammen für Kinder im Primarschulalter berücksichtigt werden?»**

### 2.2 Ökonomische Situation im Gesundheitswesen

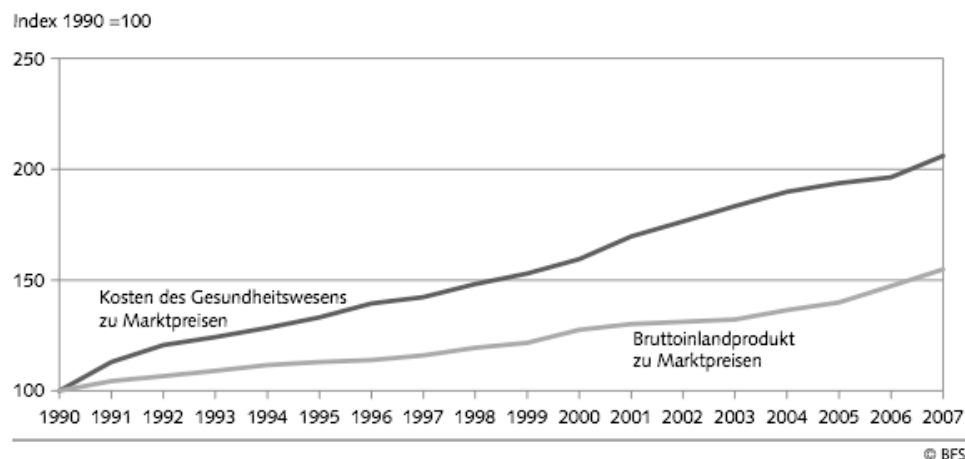
In der Schweiz zeigen die Statistiken, dass „seit mehreren Jahrzehnten die Kosten des Gesundheitswesens unaufhaltsam anwachsen“ (Bundesamt für Statistik BFS, 2005, S.16). Die Schweiz hat, nach den USA und Frankreich, das drittteuerste Gesundheitswesen weltweit (BFS, 2009a). Die neuesten Statistiken belegen in den Jahren 2002 – 2007 einen durchschnittlichen Kostenanstieg im Gesundheitswesen von 3,1%.

Auch im Vergleich zum Bruttoinlandprodukt (BIP) stiegen die Kosten des Gesundheitswesens, wie ein Diagramm des BFS (siehe Abbildung 1) zeigt, merklich an (BFS, 2009a) (von 8,1% im Jahre 1990 auf 10,8% im Jahre 2007 (BFS, 2009b)).

Medienmitteilung BFS

### Entwicklung des BIP und der Gesundheitskosten

G 1



*Abbildung 1.* Dieses Diagramm verdeutlicht den Kostenanstieg im Gesundheitswesen gegenüber dem Bruttoinlandprodukt und zeigt auf, dass die Kosten in dieser Periode um über 200% anstiegen, wobei das BIP nur um gute 150% anstieg.

Laut einer Analyse des BFS (2005) über die Hauptfaktoren der stetig steigenden Gesundheitskosten, sind das Altern und das Wachstum der Bevölkerung, entgegen der bisherigen Annahme, nur zu einem Drittel für die Kostensteigerung verantwortlich. Die restlichen zwei Drittel setzen sich aus verschiedenen Phänomenen zusammen, an denen alle Akteure des Gesundheitswesens beteiligt sind (BFS, 2005). Obschon die Ergotherapie keinen wesentlichen Kostenanteil ausmacht, spürt sie den stark steigenden Druck der Kostenträger. Daher muss sie durch effiziente und evidente Behandlungen einen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten leisten. Auch die Implementierung von HPs kann daher zur kostengünstigen und effektiven Ergotherapie beitragen.

### **2.3 Aktueller Trend in der pädiatrischen Ergotherapie**

Jirikovic, T., Stika-Monson, R., Knight, A., Hutchinson, S., Washington, K. & Kartin, D. (2001) beschreiben die aktuellen Trends in der pädiatrischen Ergo- und Physiotherapie: Einerseits bleibt den Therapeuten, im Gegensatz zu früher, weniger Zeit Therapieziele zu erreichen. Andererseits wechselt der Trend von der kindzentrierten Therapie zur familienzentrierten Therapie.

Letztere bedingt eine enge Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrpersonen, um ein umfassendes System für die Betreuung der Kinder mit speziellen Gesundheitsbedürfnissen aufzubauen. Es geht darum, mit den Klienten im natürlichen und gewohnten Umfeld zu arbeiten und die Kultur der Familie in der Therapie zu berücksichtigen.

Konerding B. (2006) erläutert weiter:

Das Gespräch mit den Eltern, den Bezugspersonen ist aus der täglichen Arbeit nicht wegzudenken. Sie begleiten das Kind zunächst den grössten Teil des Tages, bis allmählich Kindergarten, Schule und Hort mehr und mehr Zeit beanspruchen. Alle am Förderprozess Beteiligten sollten sich austauschen und kooperieren. Ohne Austausch bleibt die Förderung des Kindes häufig sehr begrenzt auf den Zeitraum der Therapieeinheit und so geht die kostbare Zeit, die das kleine Kind zu Hause verbringt, oft ohne gezielte Unterstützung verloren. (S.266)

Anknüpfend an diese Aussage sehen wir das HP als logische Schlussfolgerung im aktuellen Trend der Pädiatrie. Die Eltern pflegen den engsten Kontakt zum Kind und müssen deshalb vermehrt in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Deshalb wird in dieser Arbeit unter «Klient» nicht das Kind alleine, sondern auch dessen primäre Betreuungspersonen verstanden.

### **2.4 Forschungsstand und Fragestellung**

Die Thematik der HPs, insbesondere im ergotherapeutischen Setting, wurde in der Forschung bisher nur spärlich behandelt (Novak & Cusick, 2006). Verschiedene, zumeist krankheitsspezifische Studien belegen eine positive Wirkung von HPs auf das Erreichen therapeutischer Ziele. Bei all diesen Studien wurden die HPs nur vier bis zwölf Wochen durchgeführt (Dodd, Taylor & Graham, 2003; Katz-Leuerer, Eisenstein & Liebermann, 2008; Novak, Cusick & Lowe, 2007; Ozonoff & Cathcart, 1998), Untersuchungen über Langzeiterfolge sind nur spärlich vorhanden. Bei der von Katz-

Leurer et al. (2008) durchgeführten Studie vollendeten nur die Hälfte aller Teilnehmer das HP. Die Autoren dieser Studie formulieren zwar Annahmen über die Gründe der Abbrüche, diese werden aber nicht weiter verfolgt.

Wir fanden einige Literatur über die Compliance und Adhärenz bei HPs von Eltern mit Kindern mit Beeinträchtigungen und deren beeinflussende Faktoren (Gajdosik, 1991; Molineux, 1993; Novak & Cusick, 2006; Rone-Adams, Stern & Walter, 2004; Schreiber, Effgen & Palisano, 1995; Taylor, Dodd, McBurney & Graham, 2004; Tétreault, Parrot & Trahan, 2003).

Das systematische Review von Novak & Cusick (2006) basiert hauptsächlich auf Literatur, die sich auf die elterliche Compliance, sowie qualitative Analysen über den Effekt von HPs auf die Kind-Eltern Interaktion und assoziierte Stressoren bezieht. Die Autoren befassen sich mit dem Entwurf eines Modells mit Richtlinien zur Ausarbeitung von HPs für Kinder mit cerebraler Bewegungsstörung (CP). Beschrieben wird ein empfohlenes Vorgehen zur Ausarbeitung, Durchführung und Evaluation von HPs für Kinder mit CP. Novak & Cusick (2006) räumen aber ein, dass sie keine Guideline entworfen haben, sondern ihr Resultat zur Diskussion um jene beitragen soll. Weiter weisen sie in ihrem Review auf die mangelnde Evidenz hin, um Therapeuten über Effizienz, geeignete Intensität oder Programmcharakteristiken von HPs, welche die Compliance von Eltern fördern, zu informieren.

Auch Schreiber et al. (1995) empfehlen weitere Forschung, betreffend Elementen von HPs, welche auf eine höhere Compliance im Hinblick auf Typus, Schwierigkeit und Anzahl von Aktivitäten in HPs abzielen. Ozonoff et al. (1998) schreiben, dass künftige Forschung Variablen abklären soll, welche einen grösst möglichen Erfolg in der Anwendung von HPs garantieren.

## **2.5 Wissenslücke**

Aus der Literatursichtung geht abschliessend eine Wissenslücke bezüglich diagnoseübergreifender evidenzbasierter Kriterien, welche es zur Ausarbeitung von effektiven HPs zu beachten gilt, hervor.

In unserer Arbeit werden, ergänzend zu Novak & Cusick (2006), Kriterien eruiert, welche als bedingte Auswahlmerkmale zur Effektivitätssteigerung von HPs zu ver-



stehen sind. Die Frage stellt sich, wie diese gestaltet werden müssen, damit deren Zusatzbelastung für Kinder und Eltern möglichst gering bleibt.

Ziel dieses Reviews ist es, Kriterien oder Prinzipien zu finden, welche eine grösstmögliche Adhärenz der Klienten und somit einen wesentlichen Beitrag zur Effektivität von HPs garantieren. Diese Kriterien sollen einerseits die Therapeuten in der pädiatrischen Praxis bei der Ausarbeitung von effektiven HPs unterstützen, andererseits aber auch einen Beitrag zur bereits genannten Diskussion über die Entwicklung von Guidelines zur Ausarbeitung von HPs zu leisten.

## **2.6 Begriffsdefinitionen**

Bis heute herrscht im ergotherapeutischen Kontext noch viel Uneinigkeit über zentrale Begriffe, wie Aktivität oder Betätigung. Deshalb formulieren wir hier, gestützt auf verschiedene ergotherapeutische Literatur, ein für diese Arbeit geltendes Verständnis dieser Begriffe:

**Aktivitäten** (*activities*) sind kleinste Einheiten von Handlungen, welche weder Bedeutung noch Relevanz für einen individuellen Lebensstil oder Lebensalltag haben. Darunter werden im ergotherapeutischen Kontext Mittel verstanden, welche eventuell den Genesungsprozess unterstützen, jedoch hauptsächlich auf funktionelle Aspekte ausgerichtet sind, wie zum Beispiel Knetübungen oder Training an einem Fitnessgerät (Golledge, 1998).

**Zweckmässige Aktivitäten** (*purposeful activities*) verfolgen ein Ziel, und der Klient empfindet sie als sinnvoll und zweckmässig (Law, 2002).

**Betätigungen** (*Occupations*) sind laut Law, Polatajko, Baptiste und Townsend (1997) „Aktivitäten..., benannt, organisiert und von Individuen und einer Kultur mit Wert und Bedeutung versehen. Betätigung ist alles, was Menschen tun, um sich zu beschäftigen, eingeschlossen für sich selbst zu sorgen...das Leben zu genießen...und zum sozialen und ökonomischen Gefüge ihres Lebensumfeldes beizutragen...“ (S.34).

Demnach sind sich die Begriffe «zweckmässige Aktivitäten» und «Betätigungen» sehr nahe, unterscheiden sich aber darin, dass zweckmässige Aktivitäten nicht zwingend bedeutungsvoll sein und dass sie nicht an die bisherigen Lebensgewohnheiten

anknüpfen müssen. Somit kann eine Aktivität für jemanden auch motivierend sein, obwohl diese ihm unbekannt ist (z.B. kreative Medien) (Golledge, 1998).

In der Literatur werden HPs zumeist als Aktivitäten bezeichnet, welche mit elterlicher Unterstützung im häuslichen Umfeld zu Therapiezwecken durchgeführt werden (Gajdosik, 1991; Law & King, 1993; Molineux, 1993; Novak et al., 2007; Piggot, Hocking & Paterson, 2003). So wird ein HP auch im Hauptteil als dies verstanden. Da unserer Ansicht nach ein HP aber weder zwingend mit elterlicher Unterstützung noch zu Hause stattfinden muss (z.B. auf dem Spielplatz, Schule, Hort) und die Beschreibung mit Aktivitäten als zu kurz gefasst angesehen wird, definieren wir den Begriff in dieser Arbeit für die Empfehlungen für die Praxis wie folgt:

**Heimprogramme beinhalten zweckmässige Aktivitäten und/oder Betätigungen, welche in einem dem Kind alltäglichen Umfeld, zum Erreichen ergotherapeutischer Ziele, durchgeführt werden.**

Laut Scheibler (2004) „hat der Begriff **Compliance** in den vergangenen Jahren eine deutliche Erweiterung erfahren“ (S. 25). Früher wurde darunter „das Ausmass der Befolgung ärztlicher Anweisungen verstanden“ (S. 13). Flechter (1989) definiert die Compliance als „*patients doing what the health professionals want them to do*“ (zitiert nach Scheibler 2004, S. 13). Dieses Verständnis von Compliance „als Reaktion des Individuums auf eine spezifische Form der Machtausübung über gesellschaftliche Normen und Erwartungen“ (Playle, 2000; zitiert nach Schreiber, 1995, S.24), wird heutzutage häufig kritisiert, da hier Faktoren wie zum Beispiel die gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Patient und Gesundheitsfachleuten nicht berücksichtigt werden. Somit wird der Begriff Compliance mit dem neueren Begriff *adherence* erweitert (Campen & Sluijs 1989; zitiert nach Scheibler 2004).

Myers & Midence (1998; zitiert nach Scheibler, 2004) definieren *adherence* wie folgt: „*In contrast [to compliance; Anm. F.S.], the term adherence implies a more active, and collaborative involvement of the patient, working together with the clinician planning and implementing the treatment regimen. Adherence places greater emphasis on the patient's role in deciding to carry out a particular treatment*“ (S. 28).

In der vorliegenden Arbeit wird der englische Begriff *adherence* mit dem deutschen Wort **Adhärenz** übersetzt.

## 2.7 Methodik

### 2.7.1 Suchstrategie und -resultate

Die Suche nach Artikeln in den Datenbanken CINAHL, Amed, Medline, The Cochrane Library, PsychInfo, Psychindex, OT-Seeker und OTD-Base erfolgte mit den in Tabelle 1 aufgeführten Schlüsselwörtern.

Tabelle 1

*Für die Literatursuche verwendete Schlüsselwörter*

Schlüsselwörter:	Synonyme/ MESH-TERM
Children	child, pediatric, paediatric
occupational therapy	therapy, therapists
home program	home exercise program, home based exercise, home therapy program, home activity program, home based program
Compliance	adherence

Im ersten Schritt wurde die Suche mit den Schlüsselwörtern «children», «occupational therapy», «home program» und «compliance» sowie deren Synonymen in allen Datenbanken vorgenommen. Mit der Verknüpfung «child\*» AND «occupational therap\*» AND «home program\*» AND «compliance» und deren Synonymen - in «All Fields» - wurde die Suche bereits stark eingeschränkt. Obwohl «compliance» ein zentraler Begriff in Bezug auf HPs ist, stellte sich heraus, dass er die Recherche zu stark einschränkte, worauf der Suchbegriff «compliance» verworfen wurde. Dadurch resultierten in der Datenbank Medline 12 Artikel, in CINAHL 16, in PsychInfo 22 und in der Cochrane Library keine Artikel.

Auch für Amed und PsychIndex war diese Eingabe bereits zu konkret und lieferte keine Ergebnisse. OT-Seeker und OTD-Base erlauben keine komplexeren Recherchen (z.B. keine Verknüpfungen) und wurden deshalb im zweiten Schritt separat mit den benannten Schlüsselwörtern durchsucht. Es resultierten hauptsächlich Artikel zu HPs für Menschen im fortgeschrittenen Alter.

Um die Anzahl relevanter Artikel bei PsychInfo (22), Medline (12) und CINAHL (16) zu erhöhen, wurde im dritten Schritt das Schlüsselwort «occupational therapy» durch

«therapy» OR «therapists» ersetzt. Medline zeigte nun 72 Artikel, CINAHL 26 Artikel und in PsychInfo 137 Artikel. Diese Erweiterung bewirkte, dass auch Artikel zu HPs von anderen Therapien (hauptsächlich Physiotherapie) aufgedeckt wurden. Auch in den restlichen Datenbanken dehnten wir die Suche aus, es resultierten aber keine neuen relevanten Treffer.

Im vierten Schritt wurden aus dem gesamten Pool von 235 Artikeln diejenigen ausgewählt, bei welchen anhand des Titels und des Abstracts angenommen werden konnte, dass diese massgeblich zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung beitragen.

Das Schneeballprinzip, mit welchem wir in den Literaturlisten der bereits gefundenen Artikeln nach ergänzender Literatur suchten, verhalf zu weiteren relevanten Artikeln. Zudem wurden die neuesten Ausgaben der ergo- und physiotherapeutischen Fachzeitschriften der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur, untersucht. Insgesamt befanden sich nun 27 Artikel im Auswahlpool.

Ein erstes Ausschlusskriterium waren Studien und Reviews, welche ausschliesslich die Effektivität der HPs geprüft, nicht aber die Hintergründe, welche zur Wirksamkeit beitragen (insgesamt neun). Die restlichen 11 Artikel entsprachen nicht explizit dem vorliegenden Thema, wurden vor mehr als zehn Jahren publiziert oder enthielten zu viele Limitationen und konnten deshalb nicht in die Arbeit aufgenommen werden.

Die Literatur wurde direkt über die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften bezogen. Artikel aus Fachzeitschriften, die nicht erhältlich waren, wurden über den Anbieter <http://www.subito-doc.de/> bestellt.

Da es zur vorliegenden Fragestellung keine relevante Literatur in deutscher Sprache gibt, erfolgte die Recherche ausschliesslich in englischer Sprache.

Zur Beantwortung der Fragestellung konnten schliesslich sieben relevante Artikel identifiziert werden. In einer Matrix (S.14) wurden diese inklusive einer kritischen Beurteilung übersichtlich dargestellt. Die kritische Beurteilung der Studien wurde anhand der *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)* (Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch, & Westmorland, 2007) beziehungsweise den *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies* (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1998) und das Review nach dem *Systematic Review*

*Appraisal Sheet* (University of Oxford, 2005), durchgeführt. Inhaltlich werden die Artikel im Hauptteil dieser Arbeit einzeln abgehandelt und anschliessend mit weiterführender Literatur diskutiert.

### 3. Hauptteil

#### 3.1 Matrix

Tabelle 2  
Systematisch ausgewählte Forschungsartikel. Zweck, Relevanz und kritische Beurteilung der systematisch ausgewählten Forschungsartikel.

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Carrigan, N. Rodger, S. & Copley, J. J: 2001 <b>T:</b> Satisfaction with a Paediatric Occupational Therapy Service <b>D:</b> Cinahl, Medline	Qualitative Studie, phänomenologisch, methodologische Triangulation Ergotherapie	Identifikation von Faktoren die zur Zufriedenheit der Eltern gegenüber der Ergotherapie beitragen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive und negative Faktoren weiche Eltern mit Heimprogrammen erführen.</li> <li>-Artikel geht spezifisch auf die Zufriedenheit der Eltern mit ergotherapeutischen HPs ein.</li> <li>- Liefert zu berücksichtigende Faktoren bei der Ausarbeitung von Heimprogrammen.</li> </ul>	<p><b>Literatur:</b> Relevante Literatur einbezogen. Gap of Knowledge klar aufgezeigt.</p> <p><b>Methode:</b> Die gewählte Methode ermöglicht die Daten realitätsnah, in den Worten (Zitate) und im Kontext der Teilnehmer (TN) zu erheben.</p> <p><b>Stichprobenauswahl:</b> Diagnosen nicht erwähnt. Kleine Teilnehmerzahl N = 11 (6-11J)</p> <p><b>Datenerhebung:</b> Triangulation:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokusgruppen/ Einzelinterview</li> <li>- Stichprobenauswahl und Redunanz klar beschrieben</li> <li>- Die Interviewer waren unverfälscht</li> </ul> <b>Datenanalyse:</b> Induktiv  <b>Schlussfolgerungen:</b> Implikationen und Empfehlungen werden gemacht. Die Daten und Ergebnisse werden diskutiert und sind sinnvoll.  <b>Schwächen:</b> Ethisches Vorgehen und Diagnosen nicht erwähnt.</p>

Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Novak I., & Cusick, A. J: 2006 <b>T:</b> Home Programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start? <b>D:</b> Cinahl	Systematic Review Ergotherapie	Ausarbeitung eines Modells mit Richtlinien zur Ausarbeitung von HPs für Kinder mit CP.	Die Autoren gehen der Frage nach, was man über die Effektivität von HPs weiss, welches die optimale Intensität ist und welche Programmcharaktere nahe an Familienaktivitäten sind. Die Studien zeigen einen dringenden Bedarf an Richtlinien für die Ausarbeitung von HPs für Kinder mit CP.	<b>Fragestellung:</b> Hauptfragestellung mit drei Unterfragen, klar formuliert. <b>Methode:</b> Suchstrategie beschrieben (Schlüsselwörter, Datenbanken). Auch nichtergotherapeutische Studien gesucht. Einschlusskriterien in Tabellenform klar aufgezeigt. Evidenzlevel der Studien nach Sackett (1986) bestimmt. <b>Resultate:</b> Schlüssige und übereinstimmige Resultate aus den versch. Studien klar beschrieben. Studienresultate sind für die Fragestellung relevant. <b>Schwächen:</b> Es wurde nur nach englischer Literatur gesucht, kein Schneeballprinzip durchgeführt und ein Beschrieb von Expertenbefragung bezüglich relevanter, unveröffentlichter Studien fehlt.

Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Piggot, J., Paterson, J. & Hocking, C. <b>J:</b> 2002 <b>T:</b> Participation in Home Therapy Programs for Children with Cerebral Palsy: A Compelling Challenge <b>D:</b> Cinahl, PsychInfo	Qualitative Studie, Grounded Theory (passend zur Erstellung eines Modells) Physiotherapie, Ergotherapie	Entwicklung eines konzeptuellen Modells. Enthalten sind Erfahrungen von Eltern und Therapeuten, welche in HPs für Kinder mit CP involviert waren.	Positive und motivierende Faktoren für die Ausführung eines HPs genannt. Die Klienten werden in ihrem Kontext betrachtet und die Komplexität bei der Arbeit mit HPs wird beleuchtet. Die Implementierung von HPs wird als Prozess angesehen, welcher in 2 Phasen erfolgt.	<b>Literatur:</b> Wissenslücke klar aufgezeigt. Relevante Literatur beigezogen. <b>Methode:</b> ist nachvollziehbar beschrieben. <b>Stichprobenauswahl:</b> Durch klar formulierte Einschlusskriterien wurden 12 Teilnehmer ausgewählt. Einverständnis des Ethikkomitees. 1 Vater, 7 Mütter (ihre Kinder 2-10J, CP), 3 Physio- und 1 Ergotherapeut wurden interviewt. <b>Datenerhebung:</b> unstrukturierte Tiefeninterviews und Teilnehmenden Beobachtungen. Da nicht alle TN das gleiche Verfahren durchlaufen haben, ist fraglich, ob alle Daten gesammelt werden konnten. <b>Datenanalyse:</b> Induktiv. Nach Strauss & Corbine, (1990). Benennung von Phänomenen anhand der Grounded Theory Methode. Anschliessende Kategorisierung. Prozess wird klar beschrieben. <b>Schlussfolgerung:</b> Die Ergebnisse tragen zur theoretischen Weiterentwicklung und Zukunft der Ergotherapie bei. <b>Schwächen:</b> Die HPs auf welchen die Erfahrungen der Eltern basieren werden nicht beschrieben.



Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
A: Rodger, S., Keen, D., Braithwait, M. & Cook, S. J: 2008 T: Mother's Satisfaction with a Home Based Early Intervention Programme for Children with ASD D: PsychInfo	Qualitative exploratory case study, phänomenologisch Ergotherapie	Identifikation, wie stark die Erwartungen der Eltern und die Bedürfnisse der Kinder (mit Autismus) mit dem HP von Rodger et. al. (2004). gedeckt werden können.	Eruierung der Gründe für Unzufriedenheit.	<b>Methode:</b> Fallstudie nach Yin (1994) Vorgehen logisch nachvollziehbar. Das in der vorangegangenen Studie angewendete HP ist valide und die verwendeten Messinstrumente sind standardisiert. <b>Stichprobenauswahl:</b> Zwei Mütter (mit Kindern mit Autismus, 3J.) welche bei einer vorangegangenen Studie mit dem HP wenig zufrieden waren, nach Yin (1994). Daten wurden vertraulich behandelt. Kleine Teilnehmerzahl N = 2 <b>Datenerhebung:</b> Triangulation → Standardisierte Messinstrumente, Interviews und Zweck-Designite Fragebogen. <b>Datenanalyse:</b> 1 Darstellung des Falls 2 Beschreibung der Forscher, wie sie auf den Fall gestossen sind 3 Beschreibung der verschiedenen Dimensionen des Falls 4 Merkmale werden hervorgehoben. <b>Schlussfolgerung:</b> Die Daten werden diskutiert und zusammengefügt. Implikationen und Empfehlungen für die Praxis werden gemacht. <b>Schwächen:</b> Kleine TN-Zahl, nur TN, welche wenig mit dem Programm zufrieden sind.

Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Rone-Adams, S., Stern, D. & Walter, V. J: 2004	Quantitative Fallstudie Physiotherapie	Ermittlung der Beziehung zwischen Stress und Compliance mit HPs bei Betreuungspersonen von Kindern mit Beeinträchtigungen	- Darstellung einer statistisch signifikanten Beziehung zwischen den Stressoren in der Familie und der Compliance. - Durch eine Regressionsanalyse konstruierten die Autoren ein Modell, mit dem anhand des Stresslevels die Compliance vorhergesagt werden kann.	<b>Literatur:</b> Literatur zu (Heim-) Trainingsprogrammen, Compliance und Stress vorhanden. Gap of Knowledge damit aufgezeigt. <b>Methode:</b> Umfrageforschung mit Fragebogen Ja/Nein. <b>Stichprobenauswahl:</b> N = 66 von 268 Angefragten. Einschlusskriterien sind klar aufgezeigt, Eltern von Kindern mit neuromuskulären Erkrankungen. <b>Datenerhebung:</b> Instrument: - <i>Questionnaire on Resources and Stress</i> ; standardisiert - Compliance-Umfrage: Aufgetragene Frequenz vs. tatsächliche Ausgeführte Frequenz. <b>Datenanalyse:</b> Lineare Regressionsanalyse zw. Compliance und Stress und aus Fragebogen gebildete Faktoren → Faktorenanalyse → Multiple Regressionsanalyse. <b>Schlussfolgerung:</b> Klare Schlussfolgerung, dass Stressmanagement bei der Implementierung von HP's eine zentrale Rolle bezüglich der Compliance spielt. Dadurch wird die Relevanz der therapeutischen Praxis aufgezeigt. <b>Schwäche:</b> Charakteristiken der durchgeführten HP's wenig beschrieben.
<b>T:</b> Stress and Compliance with a Home Exercise Program Among Caregivers of Children with Disabilities				
<b>D:</b> Cinahl, Medline				

Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Taylor, N., Dodd, K., McBurney H.&GrahamH. J: 2004	Qualitative Studie mit Tiefeninterviews	Erforschung von Faktoren, welche die Adhärenz bei heimbasierten Krafttrainingsübungen für junge Menschen mit CP beeinflussen können.	Darstellung zweier Kategorien, welche die Adhärenz beeinflussen: Umwelt- und persönliche Faktoren.	<b>Literatur:</b> Relevante Literatur wurde berücksichtigt. Wissenslücke ist aufgezeigt. <b>Methode:</b> Tiefeninterviews und Codierung. Ethikkommission wurde zugezogen. <b>Stichprobenauswahl:</b> Durch eine vorangegangene RCT- Studie wurden 11 TN im Alter zwischen 8 und 18 Jahren inkl. ihrer Eltern ausgewählt. TN genau beschrieben.
<b>T:</b> Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy	Physiotherapie			<b>Datenerhebung:</b> Trainingsprogramm klar beschrieben. Unabhängige Interviewer. Einzelinterviews von Eltern und Kinder getrennt. Interviews vollständig transkribiert. <b>Datenanalyse:</b> Interviewdaten von drei unabhängigen Forschern codiert. Codes verglichen, ähnliche Codes zu Themen gruppiert, mit Literatur Beziehungen zwischen Themen identifiziert.
<b>D:</b> Schneeballprinzip aus: Katz-Leuerer, M., Eisenstein, E. & Liebermann, D.G. (2008). Feasibility of motor capability training at home in children with acquired brain injury.				<b>Schlussfolgerung:</b> Alle Ergebnisse werden diskutiert und tragen zur theoretischen Weiterentwicklung der ergotherapeutischen Praxis bei.
<i>Physiotherapy, 94, 71-77</i>				

Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<b>A:</b> Tétrault, S. Parrot, A. & Trahan, J. <b>J:</b> 2003 <b>T:</b> Home activity programs in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions <b>D:</b> Medline	Deskriptive quantitative Studie mit Kontrollgruppe Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie	Erforschung der Vorstellungen der Eltern mit Kindern mit globalen Entwicklungsstörungen gegenüber HPs, sowie die Evaluation der Anwendung.	- 5 Faktoren zur Steigerung der Compliance werden beschrieben - 7 Vorschläge zur Ausarbeitung von HPs - Gefühle gegenüber HPs werden dargestellt - Schwierigkeiten mit HPs werden aufgezeigt	<b>Literatur:</b> Breit abgestützte Literatur verwendet. Wissenslücke aufgezeigt, 2 Fragestellungen formuliert. <b>Methode:</b> Deskriptive Studie <b>Stichprobenauswahl:</b> Klare Ein- und Ausschlusskriterien wurden formuliert. 41 TN, daraus 2 Gruppen: 27 welche das HP vollendeten und 14 welche abgebrochen haben. Kinder zwischen 6 Mte. und 8 J. mit globaler Entwicklungsverzögerung (Fokus auf Grob- und Feinmotorik) <b>Datenerhebung:</b> Spezifisch für diese Studie entwickelte Telefonumfrage mit offenen Fragen und frequenz-skalierte Fragen. Wurde im Voraus auf Validität getestet. Anwender- und Nicht-Anwendergruppe von Heimprogrammen. <b>Datenanalyse:</b> Deskriptive Statistikanalyse (Wilcoxon Test, t-Test, chi-square) <b>Schlussfolgerung:</b> Die Resultate werden kategorisiert und breit diskutiert. Empfehlungen für die Praxis werden angegeben.

## Fortsetzung Tabelle 2

Autor, Jahr, Titel und Datenbank	Design / Disziplin	Ziel/ Zweck	Relevanz	Kritische Beurteilung
<p><b>Schwächen:</b> Zwar positive Testresultate, 57% der Angefragten haben aber nicht an der Studie mitgemacht → Ev. keine Compliance. Diejenigen, die mitgemacht haben, waren schon zu Beginn motiviert → Vorselektion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Familien wendeten unterschiedliche HPs an</li> <li>- Unsicherheit, ob alle TN bei den Angaben zur tatsächlichen Durchführung (Compliance) ehrlich waren.</li> <li>- Stresssituationen sollten standardisiert evaluiert werden.</li> </ul>				

## **3.2 Verwendete Literatur**

### **3.2.1 Satisfaction with a Paediatric Occupational Therapy Service**

Carrigan, Rodger & Copley (2001) untersuchten in einer qualitativen Studie in Australien, anhand von Interviews, die Zufriedenheit von Eltern gegenüber dem ergotherapeutischen Angebot in einer Ergotherapie Schule. Dabei wurden vier Hauptthemen identifiziert: die allgemeine Zufriedenheit, die Zufriedenheit mit dem Personal, die Assessments und die Interventionen.

Innerhalb dieser Interventionen wurden auch die Eigenschaften identifiziert, welche die Zufriedenheit der Eltern bei der Ausübung der in der Schule aufgetragenen HPs am meisten beeinflussten. Vier Eltern gaben an, die Aktivitäten innerhalb des HPs seien sich der Mühe wert, einfach zu berücksichtigen und nützlich, und dass sie keine Schwierigkeiten mit der Implementierung in ihre tägliche Routine hatten. Nur eine Mutter bekundete Schwierigkeiten, das Programm in ihre Vollzeit Arbeitsroutine zu integrieren. Gegenüber der Anzahl Aktivitäten innerhalb des HPs, gaben die Eltern verschiedene Bedürfnisse an. Daraus resultierte der Vorschlag der Eltern, einen Aktivitäten-Katalog auszuarbeiten, damit sie selbst bestimmen können, welche und wie viele Aktivitäten sie ausführen.

Schliesslich fassen Carrigan et al. (2001) zusammen, dass die Zufriedenheit mit der Intervention in engem Zusammenhang mit den Fortschritten des Kindes, der Freude des Kindes an der Therapie, Möglichkeiten zur Gruppen- und Einzeltherapie, sowie mit HPs und Schulbesuchen in einem familienzentrierten Ansatz, stehe. Weiter betonen die Autoren die Wichtigkeit individueller Therapieinterventionen.

In dieser Studie werden folgende Limitationen beschrieben: Die Teilnehmer der Studie waren gegenwärtige Patienten dieser Ergotherapie Schule. Die Sicht derjenigen, die nicht auf die Anfrage zur Teilnahme antworteten, konnte nicht berücksichtigt werden. Durch die kleine Teilnehmerzahl konnten die Resultate nicht auf alle Eltern der Schule generalisiert werden. Die Eltern an und für sich wurden nicht genauer analysiert und somit sind die Voraussetzungen, welche ihre Zufriedenheit beeinflussen könnten, nicht transparent.

### 3.2.2 Home Programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start?

Novak & Cusick (2006) erarbeiteten ein systematisches Review mit dem Ziel, ein Modell mit Richtlinien zur Ausarbeitung von ergotherapeutischen HPs für Kinder mit CP zu erstellen. Sie gingen den Fragen nach, was man über die Effektivität von HPs

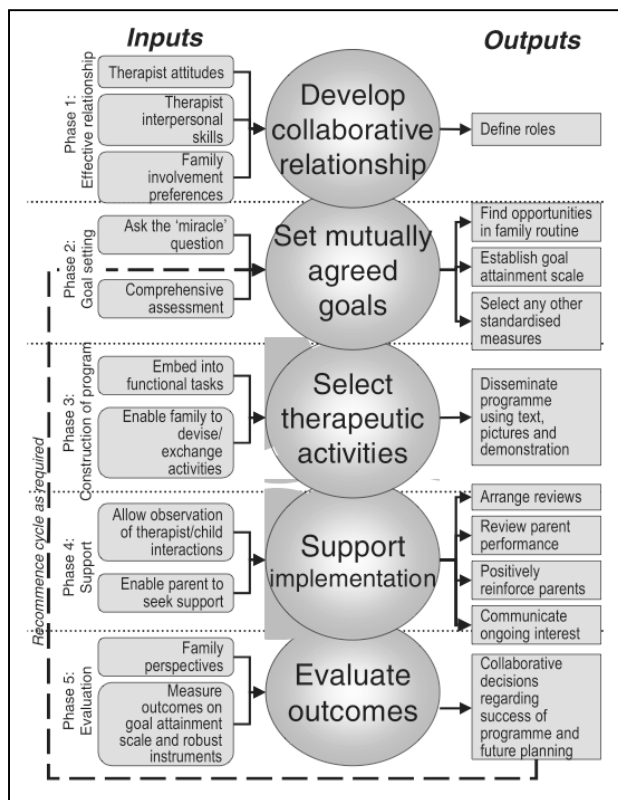


Abbildung 2. Modell zur Ausarbeitung von HPs für Kinder mit CP.

für Kinder mit CP weiss, welches die optimale Intensität von HPs ist, um die gewünschten Resultate zu erzielen und welche Programmcharakteren nahe an Familienaktivitäten sind. Aus der untersuchten Literatur von Novak & Cusick (2006) gehen fünf Hauptpunkte hervor: erstens ist das Level von evidenzbasierter Literatur auf einem tiefen Niveau; zweitens ist die Effektivität von HPs nicht bekannt; drittens besteht wenig Information über die bestmögliche Intensität; viertens bestehen keine Guidelines zur Ausarbeitung von HPs für Kinder mit CP; fünftens zeigt die Literatur, dass der Fokus in der aktuellen Forschung bezüglich HPs auf die Compliance gelegt wird.

Mit Hilfe des erarbeiteten Modells (siehe Abbildung 2), welches auf einem familienzentrierten Ansatz basiert und von einer holistischen Sichtweise ausgeht, werden fünf Phasen beschrieben: Die erste Phase dreht sich um den Aufbau einer gemeinschaftlichen Beziehung mit den Eltern. Diese sei in einem familienzentrierten Ansatz, in welchem sich der Fokus nicht allein auf das Kind, sondern auch auf die Eltern bezieht, essenziell (Hanna & Rodger, 2002; zitiert nach Novak & Cusick, 2006). Eine gemeinschaftliche Beziehung werde von verschiedenen Faktoren des Therapeuten beeinflusst: Seiner Haltung gegenüber dem familienzentrierten Ansatz (Bazyk, 1989; Hanna & Rodger, 2002; Molineux, 1993; Viscardis, 1998; zitiert nach Novak & Cu-

sick, 2006), der interpersonellen Fertigkeiten (Laadt-Bruno, Lilley & Westby, 1993; Robinson, 1987; Thompson, 1998; zitiert nach Novak & Cusick, 2006), sowie seiner klaren Haltung, dass die Eltern die Spezialisten für ihre Kinder seien und wüssten, was das Beste für sie sei.

Die zweite Phase dreht sich um die Festlegung von Zielen. Verschiedene Autoren benennen die «Wunderfrage – Wie würde die Situation aussehen, wenn alle Probleme gelöst wären?» als hilfreich, um überhaupt eine Zielrichtung herauszufiltern (Berg, 1994; Berg & DeJong, 1998; Coles, 2001; zitiert nach Novak & Cusick, 2006). Die Eltern sollten ermutigt werden, Ziele selbst zu definieren (Rosenbaum, King, Law, King & Evans, 1998; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) und der Therapeut sollte zur Erfassung jener mit standardisierten Assessments arbeiten (Anderson & Schoelkopf, 1996; Moersch, 1985; Shilton, Jeppson & Johnson, 1987; zitiert nach Novak & Cusick, 2006).

Die dritte Phase befasst sich mit der Auswahl der Aktivitäten innerhalb des HPs. Die Autoren Anderson & Schoelkopf (1996; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) und Moersch (1985; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) schreiben, dass die Aktivitäten ins tägliche Leben eingebettet werden sollen. Diese dürfen für die Betreuungspersonen nicht belastend sein und müssten beim Kind eine funktionelle Verbesserung sicherstellen.

Die HPs können eine weite Bandbreite aufweisen: von Hilfsmitteln bis Training innerhalb der familiären Routinen. Typischerweise seien jene HPs erfolgreich, welche für die Eltern angenehm und für die Kinder stressfrei sind. Eltern würden Programme bevorzugen, welche in schriftlicher und bildlicher Form vorliegen (Case-Smith & Nastro, 1993; zitiert nach Novak & Cusick, 2006). Beispielsweise könne ein geschriebenes Programm mit Fotos als Erinnerungsstütze eingesetzt werden (Schreiber et al., 1995; zitiert nach Novak & Cusick, 2006). Bei der Einführung ins Programm sei es hilfreich, stets nur eine neue Technik zu erlernen (Hinojosa & Anderson, 1991; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) und das Programm habe Potential, sobald sich die Eltern kompetent, sicher und nicht überfordert in der Anwendung der Trainingstechniken fühlen (Gajdosik & Campell, 1991; zitiert nach Novak & Cusick, 2006).

Die vierte Phase befasst sich mit der Implementierung des HPs zu Hause. Die Therapeuten sind aufgefordert, diese intensiv zu unterstützen. Die Eltern sollten die Mög-



lichkeit erhalten, ihren Bedürfnissen entsprechend, bei den Therapeuten Unterstützung holen zu können (Bazyk, 1989; zitiert nach Novak & Cusick, 2006). Gajdosik (1991; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) hat folgende Strategien zur Unterstützung bei der Implementierung von HPs ausgearbeitet: Ein regelmässiger Kontakt zu den Eltern pflegen, um das HP zu besprechen; Instruktionen zu geben, wie Fortschritte identifiziert werden können; Beobachtung der Eltern während der Ausführung des HPs und ihnen Feedback geben; Identifikation und Vermittlung der Fortschritte der Kinder an die Eltern; Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern in ihre eigenen Kompetenzen; Interessen und Bedenken der Eltern aufnehmen.

Im Zentrum der fünften Phase steht die Evaluation der Ziele. Nach Wallen & Doyle (1996; zitiert nach Novak & Cusick, 2006) sollten dazu idealer Weise standardisierte Instrumente verwendet werden.

Das entstandene Modell ist keine klinische Guideline, sondern ein exemplarisches Modell, welches Richtlinien enthält, die bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluation von HPs bedenklich werden sollen.

### **3.2.3 Participation in Home Therapy Programs for Children with Cerebral Palsy: A Compelling Challenge**

Piggot, Hocking & Paterson (2002) generierten in einer qualitativen Studie ein konzeptuelles Modell, worin die Herausforderungen, welchen sich Eltern, vom Moment des Empfangs der Diagnose CP ihres Kindes bis zur Teilnahme an einem HP, stellen müssen, beschrieben werden. Zudem wurden auch Erfahrungen von Therapeuten erfragt, welche zum besseren Verständnis der elterlichen Situation beitragen. Die erhobenen Erfahrungen wurden innerhalb eines Modells beschrieben und in zwei Phasen eingeteilt: «*coming to grips*» und «*striving to maximize*».

In der folgenden Darlegung des Modells werden die zentralen englischen Begriffe ergänzend erwähnt, da ihre Bedeutung schwierig zu übersetzen ist und sie Kernpunkte des Modells darstellen.

In der beschriebenen ersten Phase «*coming to grips*» geht es darum, mit der neuen Situation «Unser Kind hat eine CP» umgehen zu lernen. Im Durchschnitt dauert diese Phase zwischen sechs und zwölf Monaten und kann individuell variieren. Zu Beginn steht die erste Konfrontation der Eltern mit der Tatsache, dass ihr Kind nicht

„normal“ sein wird (*facing the facts*). Schock und Ungläubigkeit werden durch den Schweregrad und die Unvorhersehbarkeit der Einschränkung beeinflusst. Das Umfeld wird als ein Zustand der mangelnden Bereitschaft (*state of unreadiness*) zur Unterstützung der Familie beschrieben. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer waren bereits in dieser ersten Phase in eine Therapie involviert. Die Therapeuten beschreiben es als sehr schwierig, die Eltern in einem neuen und komplexen System von Gesundheitsangeboten und Beziehungen effektiv zu unterstützen. Deshalb betonen sie die Wichtigkeit des Aufbaus einer fürsorglichen Beziehung zu den Eltern und dem Kind. Die Eltern selbst befinden sich in der Phase des Trauers (*grief*). Sie trauern um das «normale» Kind, welches sie sich wünschten.

Schliesslich wenden alle Eltern Überlebensstrategien (*survival strategies*) an, um mit der Situation umzugehen. Folgende Strategien verhalfen den Eltern zum Durchbruch (*breakthrough*), dem wichtigsten Prozess in der zweiten Phase «*coming to grips*»: die Belastung einschränken (*limiting the load*), indem sie zum Beispiel HPs weniger intensiv verfolgen; den Schein wahren (*keeping up the appearances*), gegen aussen verdeutlichen, dass sie die schwierige Situation unter Kontrolle haben, obwohl dies nicht der Fall ist; Sinn für die Situation finden (*trying to make sense*), indem sie beispielsweise in der Religion Antworten auf ihre Fragen suchen. Der grösste Motivationsfaktor, welcher zum Wechsel in die zweite Phase beitragen könne, sei das Erkennen von funktionellen Verbesserungen des Kindes. Auch die persönliche Einsicht (*personal insight*), über die Wichtigkeit der eigenen Rolle für den Fortschritt des Kindes, nannte eine Mutter als zentralen Punkt zum Durchbruch in die zweite Phase.

In der zweiten Phase wurde als primärer Beweggrund zur Teilnahme am HP der Wunsch angegeben, dem Kind zu helfen möglichst «normal» zu werden.

Die Motivation, am Prozess teilzunehmen (*motivation to participate*) bestand sowohl bei den Eltern, als auch bei den Therapeuten darin, Fortschritte in Bezug auf ein positives Therapieresultat (*making progress*) zu erzielen. Weitere Faktoren, die zur Teilnahme der Eltern am HP beitragen werden beschrieben: die Entwicklung einer positiven Zukunftsvision (*vision*); der Glaube (*belief*) daran, dass die Unterstützung Positives beim Kind bewirkt; lehrreiche Therapiebesuche (*therapy visits*) und Schuldgefühle (*guilt*), wenn beispielsweise bei einem Therapiebesuch ein Aufwandsdefizit aufgedeckt wurde.

Die Therapeuten sahen ihre Aufgabe in dieser Phase in der Aufklärung der Eltern, um Wissen und Verständnis gegenüber der Diagnose zu entwickeln. Im therapeutischen Kontext (*the therapy context*) konnten sich die Eltern nun besser auf ihr Kind konzentrieren, da die Trauer über die Situation kleiner geworden war, wenn gleich immer noch Hochs und Tiefs vorhanden waren (*personal journey*). Die Einstellung «es wird schon gehen» (*you just deal it*) ermöglichte es den Eltern, sich durch viele Schwierigkeiten zu kämpfen. Die Therapeuten beschrieben die Erwartung an die Eltern, am Therapieprogramm teilzunehmen: Das (Nicht-) Erfüllen dieser Erwartung habe positive oder eben negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung (*therapeutic relationship*).

Für die Eltern sei es ausserordentlich wichtig, sicher gehen zu können, dass der Therapeut von Herzen das Beste für ihr Kind wolle. Um den Verpflichtungen, dem Zeit- und Kraftaufwand, welche der Therapiekontext abverlange nachzukommen, würden die Eltern kompetente Unterstützung (*circumstantial support*) brauchen. Verschiedene Weltansichten und Charaktereigenschaften (*values and strenght*) der Eltern, wie zum Beispiel eine positive Lebenseinstellung, beeinflussen die zweite Phase.

Die Unterstützung der Familie und anderen involvierten Personen hatte den grössten Effekt im «*striving to maximize*». Die Eltern begrüsst und anerkannten die positive Persönlichkeit, die Fertigkeiten, das Wissen und den Einsatz der Therapeuten. Dagegen stellten Personalknappheit und die daraus resultierende tiefere Therapieintensität eine erhöhte Herausforderung für die Eltern dar.

Die Teilnehmer nutzten verschiedene Strategien der fokussierten Handlung (*focused action*), um das Potential der Kinder zu fördern und gleichzeitig für sich selber und die Familie sorgen zu können.

Viele Teilnehmer begannen die zweite Phase mit einem enormen Energieaufwand. Sie versuchten, die missliche Lage zu überwinden (*gain mastery*), indem sie möglichst viele Informationen über Massnahmen einholten, die dem Kind zu einer möglichst guten Entwicklung verhelfen.

Die Eltern waren nun in der Lage, auch kurzfristige Ziele setzen zu können (*setting goals*). Das Vorausdenken (*thinking ahead*) ermöglichte es ihnen, zu planen, Probleme zu lösen. Sie wurden gute Anwälte (*advocates*) ihrer Kinder und konnten die täglichen Aufgaben so managen, dass das HP Platz im Alltag fand (*managing the*

*daily demands*). Diese Fertigkeiten erforderten Flexibilität (*flexibility*), und das Vorwärts Schauen (*keeping going*) war die wichtigste Strategie in der fokussierten Handlung (*focused action*). Der Abschluss der zweiten Phase befasst sich mit dem Überprüfen und Bewerten der Veränderungen (*constantly reviewing*) des Kindes. Durch das Erkennen von Fortschritten (*seeing the changes*) erfuhren die Eltern eine positive Persönlichkeitsentwicklung und ein erhöhtes Bewusstsein für die aktuelle Situation (*personal growth and awareness*).

Ihre Visionen waren klarer (*visions*), das Wissen (*knowledge*) bezüglich der Diagnose war ausgebaut und die Ziele wurden selbständig oder in Zusammenarbeit mit der Therapie realistisch gesetzt (*realistic goals*). Viele Eltern erreichten mit kompetenter Unterstützung Ausgewogenheit.

Die Autoren dieser Studie schliessen daraus, dass die Eltern in der ersten Phase ihre Energie in den Durchbruch (*breakthrough*) investieren und somit noch nicht in der Lage sind Aufgaben, wie beispielsweise ein HP, welches zur kindlichen Entwicklung beiträgt, auszuführen. Die Studie zeigt, dass es den Eltern erst in der zweiten Phase gelingt, den Kindern die maximale Unterstützung zu geben. Da Eltern in der «*coming to grips*» Phase unmöglich an einem HP teilzunehmen können, stellen die Autoren den familienzentrierten Ansatz in den Vordergrund. Mit diesem sei es möglich, die Indikatoren, welche zum Durchbruch (*breakthrough*) beitragen, zu identifizieren. Eine grosse Herausforderung an die Therapeuten sei das Anbieten eines flexiblen Angebotes, um den unterschiedlichen Wünschen und Bedürfnissen der Eltern gerecht zu werden.

Bemängelt wird an der Studie, dass die Teilnehmer nicht den ethnischen Mix repräsentieren, welcher der Institution, in der die Interviews durchgeführt wurden, entspricht. Es konnten keine Erfahrungen von Menschen unterschiedlicher Kultur gesammelt werden. Weiter ist zu berücksichtigen, dass durch das Einschlusskriterium «hohe Teilnehmerate am HP» für die Teilnahme an der Studie Faktoren von Eltern, welche das HP nicht ausführen konnten, nicht berücksichtigt wurden. Eine dritte Limitation ist die Zeitdauer. Die Eltern sprachen retrospektiv über die «*coming to grips*» Phase, was bedeuten könnte, dass die geäusserten Erfahrungen nicht so wiedergegeben wurden, wie sie dazumal wirklich empfunden wurden.

### **3.2.4 Mother's Satisfaction with a Home Based Early Intervention Programme for Children with ASD**

Die qualitative Studie von Rodger, Keen, Braithwaite & Cook (2008) ist Teil eines grösseren Projekts, welches familienzentrierte, heimbasierte Frühintervention für Kinder mit Autismus erforscht. 16 Mütter wurden identifiziert, welche ein Frühinterventionsprogramm abschlossen. Zwei Teilnehmerinnen äusserten bei der Auswertung eine geringere Zufriedenheit mit der Intervention als die anderen 14. Ziel dieser Studie war es, die Unzufriedenheit dieser beiden Mütter detailliert zu ergründen, um mögliche Faktoren, welche diese beeinflussten, zu identifizieren. Die Zufriedenheitsmessung basiert auf folgenden drei Aussagen: «Ich bin mit dem Programm bis heute zufrieden», «die erhaltenen Informationen waren für meine Bedürfnisse relevant» sowie «die erhaltenen Informationen veränderten mein Verständnis gegenüber Autismus».

Eine Mutter sagte zwar aus, das HP decke ihre Bedürfnisse angemessen, äusserte aber dennoch bei allen Aussagen Unzufriedenheit. Sie habe während des Programms nichts Neues gelernt, und das ständige Einmischen des Therapeuten verursachte Stress. Auch die zweite Mutter äusserte sich unzufrieden, da sie von den Therapeutenbesuchen zu Hause wenig lernen konnte und wenig zusätzliche, neue Informationen erhielt. In Bezug auf die Beziehung zum Therapeuten bemängelte die erste Mutter, dass es dem Therapeuten nicht gelungen sei, ihr ein Kompetenzgefühl zu vermitteln. Ein Veränderungsvorschlag der Mutter war das Einführen eines Zeitplanes, damit das Programm innerhalb des Familienlebens implementiert werden könne.

Die zweite Mutter sah den Therapeuten zwar als guten Zuhörer, bemängelte aber, dass sich dieser wenig auf Diskussionen einliess. Er habe ihr wenig Feedback gegeben und sprach ihr wenig Mut zu. Sie sagte aus, dass sich der Therapeut vermehrt um sie als Mutter kümmern, Betreuungsfragen klären und versuchen sollte, Familienprobleme zu verstehen, statt sich in hohem Masse mit dem Kind selbst zu befassen.

Die Autoren der Studie ziehen folgende Schlüsse: Die Zufriedenheit der Eltern könnte in Zusammenhang mit der Ausprägung der Behinderung des Kindes zusammenhängen, da vor allem das Kind der einen Mutter stärkere Einschränkungen als jenes der zweiten Mutter aufwies. Sie begründen dies mit der Aussage von King, Cathers,

King & Rosenbaum (2001; zitiert nach Rodger et al., 2008) welche besagt, dass „Kinder mit komplexeren Bedürfnissen dazu tendieren, mehr Gesundheitsangebote zu erhalten, als diejenigen mit weniger Bedürfnissen, was eine geringere elterliche Zufriedenheit mit dem Gesundheitsangebot zur Folge hat“ (S. 179). Zudem erwartete diese Mutter Kommunikations- und Verhaltensverbesserungen des Kindes, welche nicht erfüllt werden konnten, was zur Unzufriedenheit beigetragen haben könnte. Auch die Möglichkeit zur aktiven Beeinflussung der Fortschritte des Kindes, könne ein weiterer Faktor sein.

Zu berücksichtigen ist schliesslich, dass bei der Evaluation der vorangegangenen Studie, das Stresslevel der beiden Mütter höher war, als dasjenige der anderen 14 Mütter. Aufgrund des sozioökonomischen Status und des Bildungsstatus (bei beiden Müttern überdurchschnittlich), können die Resultate nicht generalisiert werden.

### 3.2.5 Stress and Compliance with a Home Exercise Program Among Caregivers of Children with Disabilities

Rone-Adams et al. (2004) untersuchten mit qualitativer Forschung durch eine Faktorenanalyse den Zusammenhang zwischen Stress und Compliance bei Betreuungspersonen von Kindern mit neuromuskulären Einschränkungen. Anhand einer Kurzform des validen „*Questionnaire on Resources and Stress*“ (QRS) (Friedrich, Greenberg & Crnic, 1983) befragten die Autoren 66 Teilnehmer zum Thema Stress. Je höher der Score war, möglich zwischen 0 und 52, desto höher war das Stresslevel.

Tabelle 3

*Verhältnis von aufgetragener und tatsächlich durchgeführter Intensität der HPs (Rone-Adams et al., 2004).*

TN	TN in %	Vorgegebene Intensität	Tatsächlich durchgeführte Intensität				
			Nie	1-2x / W	3-4x / W	5-6x / W	>6x / W
5	7	1-2x / Woche		100%			
29	44	3-4x / Woche	14%	45%	41%		
17	26	5-6 / Woche	24%	29%	35%	12%	
15	23	>6 / Woche	19%	14%	40%	20%	7%

Die Compliance wurde anhand der Befragung der Teilnehmer, wie oft sie, die durch den Therapeuten beauftragte Intensität des HPs tatsächlich einhielten, erhoben (siehe Tabelle 3). Durch eine lineare Regressionsanalyse anhand dieser zwei Werte, dem Stresslevel und der Compliance, eruierten die Autoren dieser Studie eine signifikante Beziehung der beiden zueinander ( $F = 4.417$ ,  $p < 0.039$ ,  $R^2 = 0.065$ ). Somit kann das Mass an Compliance, welche Betreuungspersonen aufzeigen, anhand des Stresslevels vorhergesagt werden. Zudem kann die sinnvolle Anzahl der Trainingsprogramme pro Woche, welche in einem gewissen Level von Stress erfahren wird, vorhergesagt werden.

Weiter machten die Autoren eine multiple Regressionsanalyse anhand der vier, im QRS enthaltenen Faktorenscores. Die vier Faktoren sind in der Tabelle 4 beschrieben.

Tabelle 4

*Faktoren, welche in der Kurzform des QRS beinhaltet sind (Rone-Adams et al., 2004)*

QRS Factor	Definition of Factors
Factor 1: parent and family problems	Assesses the caregiver's perception of problems for themselves or the family as a whole
Factor 2: pessimism	Assesses things such as overprotection, dependency, and news about the child's prospects of achieving self-sufficiency
Factor 3: child characteristics	Assesses the caregiver's perception of the specific behavioral or attitudinal difficulties presented by the child
Factor 4: physical incapacitations	Assesses the caregiver's perceptions of limitations in the child's physical abilities and self-help skills

Eine statistische Signifikanz wurde in der Beziehung zwischen den Faktoren Eltern- bzw. Familienprobleme und der Compliance festgestellt ( $r = 0.345$ ,  $p < 0.005$ ). Diese zeigt auf, dass die Compliance mit einem HP sinkt, je grösser die Eltern- und Familienprobleme sind. Zwischen den anderen Faktoren (siehe Tabelle 4) und der Compliance konnte keine Signifikanz festgestellt werden.

Wenn also der Therapeut Probleme identifiziert, sollte er den Betreuungspersonen angemessene Unterstützung und Ressourcen zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten anbieten.

Die Autoren weisen darauf hin, dass das Erreichen einer guten Compliance von Betreuungspersonen mit einem HP problematisch sei, da diese ohnehin bereits im Alltag erhöhten Anforderungen ausgesetzt seien.

Wenn Therapeuten HPs ausarbeiten, gehörte es zu ihrer Aufgabe, die Bedürfnisse der Betreuungspersonen und ihre täglichen Stressoren zu bedenken, um ein bestmögliches Therapieresultat zu erreichen. Sie sollten Zeit für die Betreuungspersonen selbst einplanen, geographische Standorte berücksichtigen, das Kind in Freizeitaktivitäten einbeziehen, den persönlichen Lebensstil der Familien beachten, Zeiteinrichtungsmöglichkeiten des Betreuers berücksichtigen, bevorzugte Aktivitäten einbauen, sowie Transportmöglichkeiten und Finanzen bedenken.

Weiter sollte das HP möglichst in die täglichen Routinen und Rituale der Familie (Badezeiten, Spielzeit, Anziehen usw.) integriert werden. Dies fördere die Compliance und erzeuge weniger Stress. Die Aufgaben sollten einfach sein und in ihrer Anzahl tief gehalten werden.

Als Limitationen geben die Autoren die relativ kleine Stichprobengrösse und die Unsicherheit, ob alle Teilnehmer ihre Compliance ehrlich angegeben haben, an.

### **3.2.6 Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy**

Taylor et al. (2004) erforschten in ihrer Studie Faktoren, welche die Adhärenz von Kindern und Jugendlichen mit CP bei der Durchführung eines heimbasierten physiotherapeutischen Krafttraining Programms beeinflussen. Diese gründete auf den Wahrnehmungen von Teilnehmern einer vorangegangenen Studie mit einem HP.

Zwei Kategorien von jeweils fünf Variablen, welche die Adhärenz beeinflussen, wurden identifiziert: Umweltfaktoren und persönliche Faktoren. Als wichtigster Umweltfaktor wird die emotionale und physische Unterstützung von Familienangehörigen, insbesondere von Eltern, angegeben. Zum Beispiel verbale Unterstützung wie «du machst das gut» oder «streng dich an». Physische Unterstützung, beispielsweise das Einrichten von Trainingsgeräten zur Durchführung des HPs wird als hilfreich angesehen. Wird diese aber unabdingbar, kann dies hinderlich sein.

Weiter ist die Verfügbarkeit von geeignetem Trainingsmaterial ein beeinflussender Faktor, denn nicht korrekt angepasste Geräte können Probleme hervorrufen.



Die Anwendung eines Trainings-Logbuchs wird von vielen Teilnehmern, zur Erinnerungs- und Motivationshilfe, als sehr nützlich eingestuft. Das Logbuch enthielt eine Beschreibung jeder Übung und ermöglichte es den Teilnehmern, Gewichtsangaben, durchgeführte Repetitionen und mögliche Kommentare festzuhalten.

Andere relevante Umweltfaktoren sind die Programmfaktoren, wie die Anzahl der Übungen, der Schwierigkeitsgrad oder die Dauer der Übungseinheiten. Aus den Interviews geht hervor, dass die Übungen kurz und einfach gehalten werden sollten und ihre Anzahl - drei wird als genügend beschrieben - nicht zu hoch sein dürfe.

Einige Teilnehmer erwähnten zudem die zentrale Rolle des Therapeuten. Er sei für die Anleitung und Überwachung des HPs als Fachperson wichtig. Teilnehmer begrüßten während der Hausbesuche Korrekturen des Therapeuten, beispielsweise an der Körperhaltung oder bei der Anpassung der Gewichte beim Trainingsmaterial.

Ein wichtiger persönlicher Faktor bezüglich der Adhärenz stellt die Autonomie der Teilnehmer dar, selbst entscheiden zu können, ob sie an einem HP teilnehmen wollen.

Die Motivation der Kinder und Jugendlichen wird als einer der Hauptfaktoren für die Adhärenz genannt. Für einige Teilnehmer sei der Glaube an bedeutungsvolle Veränderungen, welche die Durchführung des HPs bewirken könnte, ein wesentlicher Punkt, welcher die Motivation steigern würde. Andere sagen, dass der Versuch, mit jeder Übungseinheit die Kraft zu steigern, zur Motivation beitrage. Die Herausforderung, welche das Krafttraining mit sich brachte, wird von einigen als positiver Faktor bewertet, von anderen aber als hinderlich, da ihnen das HP zu anstrengend war.

Der Gesundheitszustand der Teilnehmer, wie Müdigkeit oder Krankheit, ist ein weiterer persönlicher Faktor. Viele berichteten, dass sie, obschon sie während des HPs mal krank waren, keine Trainingseinheiten missten. Vielmehr passten sie dann, zum Beispiel durch Gewichtsreduktion, die Schwierigkeit des HPs dem Gesundheitszustand an.

Einige der Teilnehmer heben die Wichtigkeit von effektivem Zeitmanagement hervor. Das Integrieren des HPs in den Alltag wird von beinahe allen Teilnehmern als äußerst schwierig eingestuft. Im Laufe der Zeit konnten sie das HP besser integrieren. Schlussfolgernd benennen Taylor et al. (2004), dass ein Krafttrainings-HP eine möglichst kleine Anzahl Übungen beinhalten sollte und dass gutes Trainingsmaterial und

das Logbuch einen positiven Einfluss auf die Adhärenz habe. Abschliessend sei die Betreuung der Familienangehörigen, welche vom Therapeuten gut angeleitet werden müssten, wichtig. Autonomie und Motivation der Teilnehmer seien weitere zu beachtende Faktoren. Die Rolle des Therapeuten als Fachperson, Unterstützer und Moderator des Programms sei zentral.

### **3.2.7 Home activity programmes in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions.**

In der Studie von Tétreault et al. (2003) wurde die Anwendung von HPs hinsichtlich der Wahrnehmung von Eltern mit Kindern mit globalen Entwicklungsstörungen erforscht und evaluiert. 41 von 95 Familien (43%), welche die Einschlusskriterien erfüllten, erklärten sich zur Teilnahme an der Studie bereit. Die Teilnehmer arbeiteten mit HPs der Ergotherapie, der Physiotherapie und/oder der Logopädie. Daraus entstanden zwei Gruppen: 27 Teilnehmer vollendeten alle ihnen aufgetragenen HPs, zehn Teilnehmer brachen die HPs gänzlich ab, vier Teilnehmer wurden in beide Gruppen aufgenommen, weil sie nur eines von zwei bis drei ihnen aufgetragenen HPs vollendet hatten. Diese vier wurden in beiden Gruppen befragt. Die Anwendergruppe (AG) zählte somit 31 Teilnehmer, die Nichtanwendergruppe (NAG), 14 Teilnehmer. In beiden Gruppen fanden durchschnittlich gleich viele HPs pro Familie statt. 90,3% der Teilnehmer waren Mütter, von denen etwa zwei Drittel einer Vollzeit Beschäftigung nachgingen.

41,9% der Teilnehmer der AG besagten, dass sie Familienaktivitäten ändern und soziale und erholsame Aktivitäten zu Gunsten des HPs einschränken mussten. 31 von 41 Teilnehmer (75,6%) berichteten, dass sie nach 7,5 bis 8,5 Monaten das HP immer noch durchführten. Dies übertrifft die Erwartungen der Autoren dieser Studie, welche, laut Literatur (Gajdosik, 1991; Law & King, 1993; zitiert nach Tétreault et al., 2003), von einem Schnitt von drei bis vier Wochen ausgingen. Aufgrund ihrer Resultate könnten folgende fünf Faktoren dieses gute Resultat beeinflusst haben: Die Unterstützung des Therapeuten, die Charakteristiken der Teilnehmer, die Familiengrösse, das Alter der Kinder und die Stabilität in der Ehe.

Die Mitarbeit der Kinder wird als eines der Hauptprobleme in beiden Gruppen identifiziert. Es wird beispielsweise Trotz- oder Widerstandsverhalten genannt. Eine weite-

re Schwierigkeit (NAG 57,1%; AG 45,2%) bildet die Integration des HPs in den Familienalltag. Ein grosser Teil der AG Teilnehmer (77,4%; NAG 57,1%) finden ein HP als gute Möglichkeit, zu Hause mit ihrem Kind zu arbeiten. Dagegen meinte ein guter Teil der NAG Teilnehmer (AG 25,8%; NAG 42,9%), dass ihr HP nicht den Bedürfnissen ihres Kindes entsprach.

Die Resultate der Studie zeigen, dass HPs eine emotionale Last, wie zum Beispiel Schuld-, Entmutigungsgefühle, Traurigkeit, Wut und Enttäuschung, darstellen können (AG 29%; NAG 43%). Diese Gefühle könnten aus der Schwierigkeit, die Situation zu managen und dem dabei ausgesetzten Druck, resultieren.

Im Gegensatz dazu meinten aber trotzdem viele Teilnehmer (AG 18,58%; NAG 50%), dass sie mit den HPs zufrieden seien. 58% gaben an, dass sie ihre Familienaktivitäten nicht anpassen mussten und keine zusätzliche Last durch das HP erfahren.

Die hohe Compliance-Rate stimmt nicht mit anderen Studien überein (Gajdosik et al., 1991; Law und King, 1993; zitiert nach Tétreault et al., 2003). Als mögliche Erklärung wird diskutiert, dass die 57% nichtteilnehmenden angefragten Familien wahrscheinlich eine weitaus geringere Compliance an den Tag gelegt hätten.

Schlussfolgernd sind die Autoren überrascht, dass doch viele Teilnehmer, obwohl sie viele Schwierigkeiten mit den HPs angaben, eine grosse Compliance zeigten.

Abschliessend geben sie einige Empfehlungen zu HPs ab: Eltern sollten ihr Familienleben nicht zugunsten eines HPs vollständig umstellen müssen und sollten keine zusätzliche Belastung erfahren. Eltern sollen Eltern bleiben und nicht zu Haustherapeuten werden. Die HPs sollten spielerisch und einfach durchführbar sein. Wenn ein HP Probleme zwischen den Eltern und dem Kind hervorruft, müsse es angepasst werden. Zusätzlich geben die Autoren sieben Faktoren an, um erfolgreiche Compliance bei HPs zu erzielen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 5

*Sieben Empfehlungen eine erfolgreiche Compliance bei HPs zu erzielen (Tétreault et al., 2003).*

---

Seven recommendations to help insure successful compliance with HAP

---

- 1 Check with other therapists if the family already has an HAP. Do not overload the family.
  - 2 Consult the parents to see if they agree to receive an HAP.
  - 3 Choose goals and activities in collaboration with the parents, so that the HAP will be easier to use in their daily lives.
  - 4 The total number of goals should not exceed two per therapist. The total number of all activities should not exceed six. If possible, develop joint HAPs.
  - 5 Take the necessary time to teach the parents how to use the HAP with the child.
  - 6 Schedule a close follow-up: a phone call should be made 3 weeks after giving HAP. Modifications should be done at this time, if necessary.
  - 7 Revise the HAP every 3-6 months, depending on the evolution of the child and achievement of goals.
- 

### **3.3 Diskussion**

Im Folgenden werden Themen zusammengefasst und diskutiert, welche für die Adhärenz von Klienten, bei der Durchführung von HPs, eine zentrale Rolle spielen und somit für deren Effizienz massgebend sind. Die Zusammenfassung stützt sich auf die Resultate der in diesem Review analysierten Artikel und weiterführende Literatur. Weiter werden, basierend auf diesen Themen, Empfehlungen ausgearbeitet, um in der Praxis, bei der Planung und Implementierung von HPs, möglichst individuell und klientenzentriert vorgehen zu können.

#### **3.3.1 Wissenschaftlichkeit**

Die Evidenz der momentan vorhandenen Wissenschaftlichkeit bezüglich unserer Fragestellung beruht vorwiegend auf dem Level von Pilotstudien. Bezeichnend dafür ist die Auswahl, der in diesem Review verwendeten Literatur, welche hauptsächlich

qualitative Forschung beinhaltet. Der hohe Anteil an qualitativen Studien könnte aus unserer Sicht auf die Komplexität der Thematik zurückzuführen sein. RCT Studien zur Erforschung von Faktoren, welche die Adhärenz der Klienten bei der Durchführung von HPs beeinflussen, sind keine vorhanden. Alle Studien zeigen somit ein ähnliches Evidenzlevel; eine abschliessende Hierarchie bezüglich der Aussagekraft der Studien konnte nicht festgestellt werden. Aufgrund der fehlenden quantitativen Forschung wird in vielen Artikeln empfohlen, weiterführende Untersuchungen in diese Richtung zu betreiben (Pigott et al., 2002; Rone-Adams et al., 2004; Novak & Cusick, 2006; Tétreault et al., 2003; Schreiber et al., 1995; Ozonoff et al., 1998).

Die zusätzlich für die Diskussion verwendete Literatur ist entweder von geringer Evidenz oder bezieht sich nicht explizit auf unsere Fragestellung. Deshalb ist sie nicht in die Primärliteratur aufgenommen worden.

### **3.3.2 Therapeutische Haltung**

Zusammengefasst zeigen die Resultate unserer Arbeit, dass alle darin genannten Autoren den klientenzentrierten Ansatz, beziehungsweise den familienzentrierten Ansatz, zur Erreichung von Adhärenz und somit von Therapiezielen propagieren. Novak & Cusick (2006) sowie Pigott et al. (2002) betonen die Wichtigkeit, von Beginn weg eine gleichberechtigte Beziehung zum Patienten aufzubauen und Therapieziele gemeinsam mit ihm zu erarbeiten, wobei Tétreault et al. (2003) die Unterstützung durch den Therapeuten im Allgemeinen betonen. Rodger et al. (2007) beschreiben sie in ihrer Arbeit genauer: Einerseits ist Unterstützung sehr wichtig, andererseits wird der regelmässige Kontakt zum Therapeuten auch als Stressfaktor benannt. Diese Aussage stimmt mit dem Hinweis von Rone-Adams et al. (2004) überein, dass die Bedürfnisse der Betreuungspersonen und auch die täglichen Stressoren bedacht werden müssen. Der Therapeut sollte also den Unterstützungsbedarf der Familien genau prüfen, um diesen in adäquater Intensität decken zu können.

In der physiotherapeutischen Studie von Taylor et al. (2004) wird weiter auf die Wichtigkeit von Hausbesuchen hingewiesen. Die HPs sollten kontrolliert und die Trainingsgeräte angepasst werden. Dies deckt sich mit dem Resultat aus der physiotherapeutischen Studie von Mayo (1981) welche besagt, dass Hausbesuche einen positiven Effekt auf die Compliance der Eltern im Therapieprozess haben können.

### 3.3.3 Elterninformation und -anleitung

In der familienzentrierten Praxis hat die Aufklärung und Information der Eltern einen hohen Stellenwert. Becker (2006) schreibt dazu folgendes:

Sie [Die Aufklärung und Information] trägt dazu bei, dass Eltern ausreichende Informationen erhalten, um die Situation des Kindes zu verstehen und selbstständig Entscheidungen zu treffen, Lösungen zu finden und ihr Verhalten und die häusliche Umgebung anzupassen. Bildung [Aufklärung und Information der Eltern] ermöglicht ein partnerschaftliches Verhältnis, erkennt die Kompetenz der Eltern an und lässt sie zu Experten für ihre Lebenssituation werden, statt sie in der Abhängigkeit von Experten zu belassen (S.264).

Eine Teilnehmerin aus der Studie von Rodger et al. (2008) berichtete, dass sie vom Therapeuten keine Informationen über weitere unterstützende Angebote für ihr Kind und keine Begründungen für die angewandten Therapietechniken und Entscheidungen erhalten habe. Die zweite Teilnehmerin beschwerte sich darüber, dass die erhaltenen Informationen für die Familie irrelevant waren und sie diese als «Lehrbuch-Phrasendrescherei» wahrgenommen habe.

Die Autoren weisen darauf hin, dass aktives empathisches Zuhören Voraussetzung dafür sei, individuelle, auf den Empfänger abgestimmte Informationen erteilen zu können. Durch gezielte Aufklärung und Information der Eltern über ein HP steige deren Compliance (Moxley-Haegert & Serbin, 1983; zitiert nach Gadjdosik et al., 1991). Auch gestützt auf Beckers (2006) Expertenmeinung ist anzunehmen, dass eine gute Information der Eltern zur Compliance beiträgt.

Die Anleitung des HPs gilt es sorgfältig auszuarbeiten. Laut Case-Smith & Nastro (1993; zitiert nach Novak et al., 2006) sollte diese sowohl in schriftlicher, als auch in bildlicher Form abgegeben werden. Diese Aussage wird durch Rapoff & Christopherson (1982a; zitiert nach Carrigan et al., 2001) und Simon (1988; zitiert nach Carrigan et al., 2001) bestätigt, welche schreiben, dass Informationen über verschiedene Kanäle, beispielsweise verbal, geschrieben oder demonstriert, fließen sollten. Novak et al. (2006) zitieren Hinojosa & Anderson (1991): Für die Eltern sei es hilfreich, wenn nur eine neue Technik pro Therapieeinheit demonstriert werde. Weiter sei es für den

Umgang der Eltern mit dem Kind förderlich, wenn diese bei der Interaktion zwischen Therapeut und Kind anwesend seien. Die Repetition wichtiger Informationen und Anleitungen wird propagiert (Rapoff & Christopherson, 1982b; zitiert nach Carrigan et al., 2001).

### **3.3.4 Art der Aktivitäten in Heimprogrammen**

Tétreault et al. (2003) beschreiben, dass das Managen des HPs für die Eltern mit Schuld- und Entmutigungsgefühlen einhergehe, wenn es ihnen nicht gelingt, die Übungen wie abgemacht auszuführen. Die Aktivitäten innerhalb des Programms sollten deshalb individuell angepasst sein. Verschiedene Arten und Anzahlen von Aktivitäten werden in den Studien unsres Reviews benannt.

In der Studie von Tétreault et al. (2003) berichten die Teilnehmer weiter, dass sie ihre gewohnten Familienaktivitäten nicht anpassen mussten und keine Zusatzbelastung durch die HPs erfuhren. Die Autoren Rone-Adams et al. (2004) betonen die Wichtigkeit, die Kinder in Freizeitaktivitäten der Familie einzubeziehen. Werner De-Grace (2003; zitiert nach Darlington & Rodger 2006) sagt dazu, dass „Familienaktivitäten Rituale und Routinen beinhalten, welche zur Identität der einzelnen Familienmitglieder beitragen“ (S.33). Rituale könnten beispielsweise Essensrituale, Gute Nacht Geschichten, Wochenend Aktivitäten, Einschlafrituale sein, wobei Segal (2004; zitiert nach Darlington & Rodger, 2006) beschreibt, dass „während Routinen Struktur geben, Rituale bedeutungsvoll sind“ (S.33).

In der familienzentrierten Therapie ist es also wichtig, dass einerseits für die Ausarbeitung von HPs bedeutungsvolle Aktivitäten der Familie, wie oben beschrieben, eruiert werden. Andererseits muss aber auch das an das Alter und den Entwicklungsstand angepasste Spiel, welches je nach Anforderung mit intrinsischer Motivation (intrinsische Motivation: siehe Rigby & Rodger, 2006) ausgeführt wird, berücksichtigt werden. Zu dieser Thematik sind auch die Resultate aus den physiotherapeutischen Studien von Fragala-Pinkham, Haley, Rabin & Kharasch (2005) und Katz-Leuerer et al. (2008), welche ein Fitness-HP bzw. ein HP zum Training motorischer Fertigkeiten für Jugendliche bzw. Kinder beinhalten, spannend: Beide Studien zeigen, dass HPs mit einem funktionellen Ansatz zwar Effektivität aufzeigen; dennoch ist die Rate an Teilnehmern, welche die HPs nicht bis zum Ende durchführten, sehr hoch. Diese Au-

toren benennen die Schwierigkeit, HPs mit einem funktionellen Ansatz in den Alltag zu implementieren: Der Spassfaktor ist zu gering und die Interessen der Kinder und Jugendlichen werden zu wenig berücksichtigt. In der Studie von Katz-Leuerer et al. (2008) wird erwähnt, dass die Übungen für einige Teilnehmer, welche das HP abgebrochen hatten, in ihrer Anforderung zu einfach waren. Die Eltern in der Studie von Tétreault et al. (2003) beklagten sich hingegen, dass ein Hauptproblem darin bestand, die Kinder überhaupt zu motivieren. Um dieser Problematik vorzubeugen, sollten, anhand der von Csikszentmihalyi (1991) entwickelten Flow-Theorie, dem Kind angepasste Aktivitäten ins HP aufgenommen werden. Seine Theorie beschreibt, dass wenn die Herausforderung einer Aktivität, beispielsweise beim Spiel, beim Musik hören oder in der Natur, sich mit den Fertigkeiten des Kindes deckt, kann sich dieses über längere Zeit auf eine Aktivität einlassen, sich konzentrieren und dadurch viele lebenspraktische Erfahrungen sammeln.

Weiter empfehlen Taylor et al. (2004) die Übungen kurz und einfach, sowie in ihrer Anzahl gering (vorgeschlagen werden drei) zu halten.

### **3.3.5 Anzahl Aktivitäten im Heimprogramm**

Wie aus der Studie von Rone-Adams et al. (2004) hervorgeht, ist die Compliance bei HPs auch stark davon abhängig, wie oft pro Woche der Therapeut ein HP aufträgt. Die Befragung zeigt, dass alle Teilnehmer, welche ein HP ein bis zweimal pro Woche durchführen sollten, diese auch wirklich eingehalten haben. Bei drei bis vier Mal pro Woche waren es nur noch 41%, bei fünf bis sechs noch 12% und nur 7% haben das HP wie vorgeschrieben mehr als fünf mal pro Woche durchgeführt (siehe Tabelle 4, S.31). Eine Häufigkeit von ein bis zwei Mal pro Woche wäre also bezüglich Adhärenz am sinnvollsten. Dennoch haben fast die Hälfte der Teilnehmer, welche das HP fünf bis sechs Mal hätten durchführen sollen, dieses mehr als ein bis zwei Mal ausgeführt. Der Therapeut sollte deshalb zwar eine höhere Intensität vorbereiten, dem Klienten aber klar kommunizieren, dass eine kleinere Intensität auch in Ordnung sei. So wird dem Klienten die Autonomie gewährt, selbst zu entscheiden, ob und wie oft er das HP durchführen will und kann. Das entspricht auch der Aussage von Taylor et al. (2004) über die Wichtigkeit eben dieser Autonomie. Auch Carrigan et al. (2001) empfehlen weiterführend, gestützt auf Aussagen von Eltern, sowohl Art, als auch In-



tensität der HPs von den Klienten selbst bestimmen zu lassen. Der Therapeut sollte dafür einen Aktivitäten-Katalog zum Angebot ausarbeiten. Dadurch kann zusätzlicher Stress durch Schuldgefühle vermieden werden, was sich positiv auf die Compliance auswirkt (Rone-Adams et al., 2004).

### **3.3.6 Heimprogramme im Familienalltag**

42% der Teilnehmer in der Studie von Tétreault et al. (2006) mussten sich speziell ein Zeitfenster einrichten, damit das HP im Alltag Platz fand, wobei 36% aller Eltern bekundeten, bedeutungsvolle Aktivitäten zu Gunsten der HPs aufgeben zu haben. Ein an der Studie von Taylor et al. (2004) teilnehmender Vater, benannte eine stetige Belastung durch das HP. Das Kind könne sich nicht selbständig den Anforderungen des HPs stellen und sei somit immer auf physische Unterstützung einer Betreuungsperson angewiesen. Diese Tatsache stellt für die Eltern einen zusätzlichen Stressfaktor dar und unterstützt die Aussage aus der Studie von Carrigan et al. (2001), dass HPs in Kombination mit Vollzeitbeschäftigungen Schwierigkeiten im Alltag bedeuten könnten. Diese Resultate bekräftigen zudem die Empfehlungen aller Autoren, dass HPs ins tägliche Leben und in die Routine der Familie eingebettet werden sollten.

Weiter werden in zwei Studien (Rone-Adams et al., 2004; Tétreault et al., 2006) der Familienzusammenhalt und die Stabilität in der Ehe als Einflussfaktor auf die Compliance genannt. Gerade das Aufdecken einer Entwicklungsproblematik beim Kind löse bei den Familienmitgliedern verschiedene Gefühle aus und werde, je nach Bewältigungsstrategie, unterschiedlich verarbeitet (Becker, 2006). In den drei Strategien nach Schuchardt (1994; zitiert nach Becker, 2006), wird von Aggression gegen innen und aussen gesprochen, will heissen, dass die Eltern gegenüber den Therapeuten, Pflegenden und Familienmitgliedern beschuldigend werden können. Die Aggression kann sich aber auch gegen sich selbst richten. Auch Pigott et al. (2002) beschreiben zu dieser Thematik verschiedene Bewältigungsstrategien, welche in der ersten Phase „*coming to grips*“ stattfinden. Eine davon ist, dass Familien gegen aussen die Situation bagatellisieren und den Anschein vermitteln, die Situation unter Kontrolle zu haben, obwohl dies nicht der Fall ist. Weiter legt ein Therapeut in der Studie von Rodger et al. (2007) dar, dass es mit einer Mutter schwierig war, eine gute Beziehung aufzubauen und diese Probleme hatte, sich gegenüber dem HP zu verpflichten.

Zudem haben Rone-Adams et al. (2004) eine statistisch signifikante Beziehung zwischen dem Faktor der Eltern- und Familienprobleme und der Compliance identifiziert. Für die Therapeuten gilt also, die Situation der Eltern detailliert zu erfassen, sich bewusst zu werden, in welcher Phase sich die Betreuungspersonen befinden und wo sie ihre Energien einsetzen können. Wenn die Familienprobleme zunehmen, sinkt die Compliance mit HPs. Das zeigt, dass Therapeuten den Eltern Unterstützung zur Überwindung dieser Probleme bieten oder Informationen für weiterführende Hilfe vermitteln sollten (Rone-Adams et al., 2004).

Zur schwierigen Integration von HPs in Vollzeitbeschäftigungen (Carrigan et al., 2001) betonen die Teilnehmer aus der Studie von Taylor et al. (2004) die Wichtigkeit eines effektiven Zeitmanagements innerhalb des Familienalltags. Nach den Aussagen der Eltern in der Studie von Pigott et al. (2006) erfordere dies eine hohe Flexibilität. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen HPs durch den Therapeuten flexibel, adaptierbar und individuell ausgearbeitet werden (Carrigan et al., 2001). Bezüglich Familienalltag berichtet Rone-Adams et al. (2004) über weitere Faktoren, welche zu berücksichtigen sind: die Anzahl von Betreuungspersonen und Zeitfenstern; das Einbeziehen der Kinder in Freizeitaktivitäten; die geografischen Standorte; der persönliche Lebensstil; die Fähigkeit zu gutem Zeitmanagement; die persönlich bevorzugten Aktivitäten; die Transportmittel und die Finanzen.

All diese Faktoren und zu berücksichtigenden Punkte entsprechen dem ganzheitlichen Ansatz der Ergotherapie.

### **3.3.7 Zielsetzung im Heimprogramm**

Zusammengefasst geht aus den Studien unseres Reviews hervor, dass die Zielsetzung betreffend HPs gemeinsam mit den Eltern und Kindern ausgearbeitet werden sollte. Die Visionen der Eltern, beispielsweise die Wiedererlangung der Mobilität, welche in der Studie von Pigott et al. (2002) erwähnt werden, könnten zur Ausarbeitung von therapeutischen Zielen auf der Stufe des von Scheiber (1996) definierten Rehaziels eingesetzt werden (Zielhierarchie siehe Abbildung 3, S.44). Dabei geht aus der Studie von Pigott et al. (2002) hervor, dass „die Vision die Eltern motivierte, nicht aufzugeben und gegenüber dem Potential ihres Kindes eine positive Einstellung zu wahren“ (S. 1121). Dabei betonen Pigott et al. (2002) die Ausarbeitung von

realistischen und bedeutungsvollen Zielen und Interventionen, welche rasche und sichtbare Fortschritte herbeiführen. Diese Aussage wird durch die Studie von Taylor et al. (2004) bestätigt, welche besagt, dass die Motivation zur Durchführung von HPs durch die Überzeugung unterstützt wird, dass das HP bedeutungsvolle Veränderungen im Leben bringt. Zudem geht aus der ergotherapeutischen Grundlagenliteratur von Haase (2006) folgendes hervor: „Spätestens nach der Erstellung eines Befundes sollten konkrete ergotherapeutische Ziele erkennbar sein und mit dem Klienten gemeinsam festgelegt werden. Obwohl die Therapieziele für erfahrene Therapeuten häufig offensichtlich sind, sollten sie mit den Vorstellungen des Klienten (...) abgeglichen und schriftlich festgehalten werden“ (S. 191-192). Weiter beschreiben Romein & Espei (2006):

„Durch die schriftliche Fixierung sind die Ziele für alle verbindlich. Dies ist ein weiterer Vorteil der guten Mitarbeit der Klienten: Sie formulieren, was sie erreichen wollen. Da sie sich mit den Behandlungsinhalten identifizieren, sind sie sehr motiviert und ihre Bereitschaft, sich für die Ziele einzusetzen, ist gross“ (S.115).

Die Verbindlichkeit, welche mit dem schriftlichen Festhalten der Ziele verbunden wird, kann aus unserer Sicht also auch als Mittel eingesetzt werden, wenn Patienten, wie in der Studie von Rodger et al. (2007) beschrieben, Schwierigkeiten haben, sich an das HP zu halten.

In Anbetracht der Zielhierarchie (Abbildung 3) nach Scheiber (1996), wird ersichtlich, dass die kleinen, rasch sichtbaren Fortschritte auf der Ebene der Grobziele stattfinden. Grobziele werden in kurzen Zeitabständen (z.B. wöchentlich, täglich) auf ihre Relevanz überprüft und am therapeutischen Prozess angepasst. Dabei ist die Anwendung der «SMART-Regel» nach Steiger-Lippmann (1999) wichtig. Gemäss dieser Regel müssen alle Ziele messbar formuliert sein. Diese Messbarkeit ermöglicht die Identifikation von Fortschritten, welche im Modell von Novak & Cusick (2006) als eine Unterstützungsstrategie zur Implementierung von HPs benannt wird.



Abbildung 3. Zielhierarchie

Auch in Bezug auf die Aussage von Rodger et al. (2007), welche besagt, dass „ihre [eine Teilnehmerin der Studie] Unzufriedenheit mit dem HP mit dem Fehlen von Fortschritten des Kindes in Zusammenhang stehen könnte“ (S.179), kann der Messbarkeit eine hohe Wichtigkeit zugeschrieben werden. Dadurch dass die Eltern, wie auch in den Phasen von Novak & Cusick (2006) beschrieben, Fortschritte oft nicht erkennen, ist die **spezifisch-konkrete, messbare, aktiv beeinflussbare, realistische und terminierte Zielformulierung** umso wichtiger.

### 3.3.9 Logbuch

Taylor et al. (2004) beschreiben den unterstützenden Charakter eines Logbuchs als Erinnerungs- und Motivationshilfe während der Durchführung eines HPs. Klienten und Therapeuten können durch die Anwendung solcher einerseits die Compliance messen und andererseits die Durchführung übersichtlich dokumentieren (Gajdosik et al., 1991; Taylor et al., 2004). Gajdosik et al. (1991) schreiben, dass der Therapeut durch das Logbuch notwendige Anpassungen im HP erkennen könne. Es müsse aber bedacht werden, dass das Logbuch von Klienten eventuell nicht wahrheitsgetreu geführt werde. Vielleicht wurde zu viel eingetragen, um den Therapeuten zu «beeindrucken» oder aber das Eintragen wurde vergessen (Gajdosik et al., 1991).

Dem Klienten sollte mit aller Deutlichkeit kommuniziert werden, dass das Logbuch nicht dem Therapeuten dient, ihn zu kontrollieren, sondern dem Klienten vielmehr zur Selbstkontrolle und dem Therapeuten zur optimalen Anpassungen des HPs ver helfe.

### **3.3.10 Therapiematerial**

Taylor et al. (2004) weisen darauf hin, dass gut verfügbares und individuell angepasstes Therapiematerial, welches im HP verwendet wird, positiven Einfluss auf die Adhärenz hat. Deshalb muss das Material, das für ein HP abgegeben wird, benutzerfreundlich und funktionstüchtig sein, sodass kein negativer Einfluss auf die Adhärenz entsteht.

## **3.4 Rückblick auf die Diskussion**

All diese Resultate zeigen auf, dass zwar übereinstimmende, allgemeingültige Punkte, welche bei der Ausarbeitung von HPs zu beachten sind, vorhanden sind. Dennoch muss jedes HP individuell auf den jeweiligen Klienten zugeschnitten werden. Ausgehend von dem im Folgenden aufgeführten Kriterienkatalog muss einerseits die Diagnose bzw. der Entwicklungsstand und das Alter der Klienten beachtet werden. Unserer Ansicht nach ist die genaue Analyse der Betätigungsperformanz (AOTA, 2002) des Klienten, um der Klientenzentriertheit Rechnung zu tragen, von ebenso grosser Bedeutung.

Die individuelle, klientenzentrierte HP-Gestaltung erschwert aber angesichts der Resultate dieser Arbeit auch die Erforschung dieser Thematik mit RCT-Studien. Es ist schwierig, auf dem Hintergrund des klientenzentrierten Vorgehens an einer Teilnehmergruppe eine einheitliche Intervention zu testen und damit, anhand einer Kontrollgruppe, eine statistische Signifikanz aufzuzeigen.

### **3.5 Empfehlungen für die Praxis**

Im Folgenden werden, gestützt auf die bearbeitete Literatur in diesem Review, Kriterien aufgezeigt, welche zur Ausarbeitung und Durchführung von effektiven ergotherapeutischen Heimprogrammen für Kinder beitragen.

#### **3.5.1 Therapeutische Unterstützung**

Wichtig ist ein möglichst früher Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Klient. Das Mass an Unterstützung, welches ein Klient benötigt oder wünscht, muss sorgfältig evaluiert und individuell abgestimmt werden. Mit «Klient» sind, wie in der Einleitung beschrieben, Kind und Eltern oder andere primäre Betreuungspersonen gemeint. Zu viel Unterstützung kann auf Abwehr stossen.

Um die HPs zu überwachen und allfällige Anpassungen vorzunehmen, sind Hausbesuche sehr hilfreich. Aber auch hier muss die Häufigkeit den Bedürfnissen des Klienten entsprechen.

#### **3.5.2 Information**

Durch empathische Haltung und aktives Zuhören kann der Therapeut Informationen, welche für den Klienten von Relevanz sind, herausfiltern. Die Form, der Zeitpunkt und die Menge der Informationen müssen individuell auf den Klienten abgestimmt werden. Orientierungen müssen möglichst frühzeitig stattfinden und dafür sollte genügend Zeit eingeplant werden. Die transparente und verständliche Darlegung und Erläuterung der Therapieziele und -ansätze sind äusserst wichtig.

#### **3.5.3 Anleitung**

Bei der Anleitung des HPs sollen verschiedene Medien Verwendung finden. Es empfiehlt sich, die Anleitung in schriftlicher Form, unterlegt mit Illustrationen abzugeben. Ergänzend ist auch die Demonstration des HPs durch den Therapeuten elementar. Diese soll nach Möglichkeit im effektiv stattfindenden Kontext umgesetzt werden. Die Eltern müssen in die regelmässig stattfindenden Therapieeinheiten involviert werden.

Dabei wird die Interaktion zwischen Therapeut und Kind aufgezeigt; dies gibt den Eltern einen weiteren Referenzpunkt im Umgang mit dem Kind.

Bei der Anleitung neuer Techniken und Teilschritten soll Häppchen weise vorgegangen werden, wobei das Anlernen einer Technik, beziehungsweise eines Teilschrittes pro Anleitungseinheit ausreichend ist. Zur Festigung sollte diese mehrmals wiederholt werden.

### **3.5.4 Anzahl und Art der Aktivitäten im Heimprogramm**

Die Übungen im HP müssen für den Klienten zweckmässige Aktivitäten beinhalten und in seinen Betätigungen eingebettet sein. In Bezug auf die Familie bedeutet dies, dass Routinen und Rituale, wie Zähne putzen, Essen, gute Nacht Geschichten, Baden usw. berücksichtigt werden. Für das Kind sollen die Aktivitäten Spass machen (Spiel, Musik hören, Natur) und dem Entwicklungsstand, dem Alter und der Diagnose angepasst sein. Wichtig ist, dass die Übungen kurz und mit wenig Aufwand verbunden sind, und ihre Anzahl gering gehalten wird: zwei bis drei Mal pro Woche. Dabei ist die Ausarbeitung eines Aktivitäten-Kataloges, woraus der Klient Aktivitäten auswählen kann, zur Wahrung der Autonomie der Klienten von grossem Nutzen.

### **3.5.5 Heimprogramme im Familienalltag**

Damit das HP für die Klienten eine möglichst geringe Zusatzbelastung darstellt, ist es unabdingbar, dass die HPs in ihrem Alltag eingebettet werden. Dabei muss die Bereitschaft der Klienten, an einem HP teilzunehmen, und die Energie, welche von ihnen eingesetzt werden kann, eruiert werden. Dies bedeutet, dass HPs individuell, flexibel und adaptierbar ausgearbeitet werden müssen. Von grosser Bedeutung sind auch die unterschiedliche Anzahl Betreuungspersonen, welche im Prozess des HPs, involviert sind. Oftmals sind es alleinerziehende Elternteile, welche die HPs managen müssen. Andererseits gilt es aber auch, Zusatzpersonen zu instruieren und anzuleiten.

### **3.5.6 Zielsetzung**

Die Zielsetzung sollte auf den Visionen der Klienten aufbauen. Diese können als Grundlage zur Ausarbeitung von Rehazielen dienen. Die Ziele müssen den

«SMART-Regeln» entsprechen und gemeinsam mit dem Klienten ausgearbeitet werden. Die Grobziele helfen, kurzfristige Fortschritte und Erfolge in der Betätigungsperformanz der Klienten sichtbar zu machen, was massgeblich zu deren Adhärenz beiträgt. Erste Ziele müssen möglichst frühzeitig nach der Befunderhebung festgelegt, später regelmässig überprüft und je nach Gegebenheit angepasst werden.

### **3.5.7 Logbuch**

Dem Einsatz eines Logbuchs wird eine strukturgebende Funktion zugeschrieben. Einerseits dient es dem Klienten als Motivations- und Erinnerungshilfe, andererseits, und dies ist nicht von minderer Bedeutung, dem Therapeuten zur Erkennung notwendiger Anpassungen des HPs. Bei der Verwendung des Logbuchs muss aber beachtet werden, dass die dort enthaltenen Angaben eventuell nicht wahrheitsgetreu sind. Beispielsweise wird das Vergessen des Durchführens des HPs von einem Klienten nicht angegeben. Um dies zu vermeiden, muss klar und deutlich kommuniziert werden, dass das Logbuch nicht zur Kontrolle des Therapeuten über den Klienten dient, sondern zur bestmöglichen Erreichung der Therapieziele.

### **3.5.8 Therapiematerial**

Wird für ein HP Therapiematerial verwendet und abgegeben, muss dieses benutzerfreundlich, intakt und einfach zu handhaben sein. Zudem ist die individuelle Anpassung an den Klienten unerlässlich.



## **4.Schluss**

### **4.1 Methode**

Durch eine systematische Literatursuche mit Schlüsselwörtern zu HPs in den Datenbanken CINAHL, Amed, Medline, The Cochrane Library, PsychInfo, Psychindex, OT-Seeker und OTD-Base wurden sieben relevante Artikel zur Bearbeitung der Fragestellung **«Welche Kriterien müssen zur Ausarbeitung und Durchführung von effektiven ergotherapeutischen Heimprogrammen für Kinder im Primarschulalter berücksichtigt werden?»** herausgefiltert. Anhand der Beurteilungskriterien für quantitative (Law et al., 1998), beziehungsweise für qualitative (Letts et al., 2007) Studien und des Systematic Review Appraisal Sheet (University of Oxford, 2005), zur Beurteilung des in dieser Arbeit enthaltenen Reviews, wurden die Artikel auf ihre Qualität überprüft.

### **4.2 Bearbeitung**

Im Hauptteil wurde eine gründliche Darlegung über die sieben Artikel vorgenommen, wobei der Fokus auf die für die Arbeit relevanten Informationen gelegt wurde. Anschliessend wurden diese in der Diskussion verglichen und mit zusätzlicher Literatur betrachtet. Abschliessend wurden Empfehlungen für die Praxis erarbeitet.

Dafür wurden auch Artikel berücksichtigt, bei welchen das Alter der Kinder nicht der formulierten Zielgruppe dieses Artikels entspricht. Zudem wird in der Beantwortung der vorliegenden Fragestellung nicht explizit auf das Alterssegment eingegangen. Dies begründen wir damit, dass sich Kinder je nach Ausprägung der Beeinträchtigung in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden und somit zu berücksichtigen ist, dass beispielsweise für ein sechsjähriges Kind, ein HP auszuarbeiten ist, welches für ein dreijähriges Kind gedacht ist.

### **4.3 Bezug zur Fragestellung und Ergebnisse**

Die bearbeitete Literatur beantwortet die aufgetretenen Fragen aus der Einleitung, ob «Hausaufgaben» mit Hilfe von evidenzbasierten Guidelines ausgearbeitet werden müssen, ob diese überhaupt sinnvoll sind und wenn ja, in welchem Rahmen sie er-

teilt werden sollen. Die Effektstudien, welche zusätzlich zu den sieben Hauptstudien, zur weiteren Diskussion beigezogen wurden, zeigen auf, dass HPs effektiv und sinnvoll sein können. Detaillierte evidenzbasierte Daten, die zum Erfolg dieser Studien führten, wurden bis heute mehrheitlich mit qualitativer Forschung ergründet. Diese erstrecken sich über eine weite Spannbreite und enthalten viele verschiedene Informationen. Daraus ist zu schliessen, dass die Anwendung von Guidelines für die Therapeuten sehr hilfreich sein würde. Die in unserer Arbeit zusammengestellten Empfehlungen für die Praxis zeigen auf, in welchem Rahmen die «Hausaufgaben», beziehungsweise die HPs aufgetragen werden sollten, wobei drei Hauptpunkte herausstechen: Einerseits die individuelle Ausarbeitung von HPs, andererseits die Wichtigkeit des familienzentrierten Ansatzes, sowie die Integration der HPs in den Familienalltag. Die Effektivität von HPs steht zudem in engem Zusammenhang mit der Adhärenz der Klienten. Die in dieser Arbeit aus evidenzbasierten Informationen zusammengestellten Kriterien (Tabelle 6), sollen der Praxis als Grundlage zur Ausarbeitung und Implementierung effektiver HPs für Kinder dienen.

Tabelle 6

*Empfehlungen für die Praxis*

<b>Kriterien</b>		
Therapeutische Unterstützung	Unter-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frühzeitiger Beziehungsaufbau</li> <li>• das Mass an Unterstützung sorgfältig evaluieren und individuell abstimmen</li> <li>• Hausbesuche zur Überwachung und Anpassung der HPs</li> </ul>
HPs im Familienalltag		<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPs in den Alltag der Klienten einbetten</li> <li>• Bereitschaft der Klienten, an einem HP teilzunehmen und die Energie, welche eingesetzt werden kann, eruieren</li> <li>• HPs individuell, flexibel und adaptierbar ausarbeiten</li> <li>• Unterschiedliche Anzahl Betreuungspersonen, welche im Prozess des HPs involviert sind, berücksichtigen</li> </ul>
Art und Anzahl der Aktivitäten		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zweckmässige Aktivitäten in Betätigungen einbetten</li> <li>• Routinen und Rituale wie Zähne putzen, Essen, gute Nacht Geschichten, Baden usw. berücksichtigen</li> <li>• Aktivitäten sollen Spass machen (Spiel, Musik)</li> </ul>

## Fortsetzung Tabelle 6

Kriterien	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hören, Natur)</li> <li>• Aktivitäten an den Entwicklungsstand, das Alter und die Diagnose anpassen</li> <li>• Übungen kurz und in ihrer Anzahl gering – vorzugsweise drei - halten und mit wenig Aufwand verbinden</li> <li>• HP zwei bis drei Mal pro Woche auftragen</li> <li>• Ausarbeitung eines Aktivitäten-Kataloges</li> <li>• Wahrung der Autonomie der Klienten</li> </ul>
Anleitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anleitung in schriftlicher Form, mit Illustrationen unterlegt, nach Hause mitgeben</li> <li>• Demonstration und Einführung in das HP (im effektiv stattfindenden Kontext)</li> <li>• Eltern in die regelmässig stattfindenden Therapieeinheiten involvieren</li> <li>• Anleitung neuer Techniken/ Teilschritte häppchenweise vornehmen und mehrmals wiederholen</li> </ul>
Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>• empathische Haltung und aktives Zuhören</li> <li>• Form, Zeit und Mass der Informationen individuell auf den Klienten abstimmen</li> <li>• transparente und verständliche Darlegung und Erläuterung der Therapieziele und -ansätze</li> <li>• genügend Zeit einplanen</li> <li>• möglichst frühzeitig</li> </ul>
Logbuch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• als Motivations- und Erinnerungshilfe</li> <li>• zur Erkennung notwendiger Anpassungen</li> <li>• beachten dass enthaltene Angaben eventuell nicht wahrheitsgetreu sind</li> <li>• schmackhaft machen, dass das Logbuch als Stütze zur bestmöglichen Erreichung von Therapiezielen dient</li> </ul>
Therapiematerial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• benutzerfreundlich, intakt und einfach zu handhaben</li> <li>• individuelle Anpassung an den Klienten</li> </ul>

#### **4.4 Limitationen und Implikationen**

Die Beantwortung der komplexen Fragestellung der vorliegenden Arbeit erforderte ein breites Spektrum an Literatur. Daraus resultierte die Bearbeitung unterschiedlicher Artikel mit untereinander wenig konsistenten Resultaten.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass die verwendeten Studien meist kleine Teilnehmerzahlen aufweisen. Dies erschwert eine Generalisierung der Resultate dieses Reviews. Folglich wird empfohlen, anhand unserer «Empfehlungen für die Praxis» HPs auszuarbeiten und diese im Rahmen einer quantitativen Studie auf die Adhärenz der Klienten zu prüfen.

Weiter sehen wir, entsprechend den Empfehlungen von Novak et al. (2006), eine Notwendigkeit zur Ausarbeitung von klinischen Guidelines in diesem Bereich der ergotherapeutischen Praxis. Dazu sind zusätzliche evidenzbasierte Daten über die Effektivität von HPs und ihre Adhärenz notwendig, dies insbesondere im Berufsfeld der Ergotherapie.

## 5. Quellenverzeichnis

### 5.1 Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Anderson, J. & Schoelkopf, J. (1996). Home-based intervention, In J. Case-Smith, A. S. Allen & P. N. Pratt (Hrsg.), *Occupational therapy for children* (3. Ausgabe, S. 758-765). St. Louis, MO: Mosby-Year Book, Inc.
- Bazyk, S. (1989). Changes in attitudes and beliefs regarding parent participation and home programs: an update. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 723-728.
- Becker, H. (2006). Elternarbeit. In Becker, H., Steding-Albrecht, U. (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 262-264). Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Berg, I.K. (1994). *Family based services: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg, I.K. & DeJong, P. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bundesamt für Statistik (2005) *Kosten des Gesundheitswesens und Demografie. Detaillierte Kosten nach Alter im Jahr 2002 und Entwicklung von 1985 bis 2020* [On-Line]. Available: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon.Document.65748.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.65748.pdf) (23.1.2009).
- Bundesamt für Statistik (2009a) *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007. Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten* [On-Line]. Available: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon.Document.119160.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.119160.pdf) (3.4.09).
- Bundesamt für Statistik (2009b) *Kosten des Gesundheitswesens seit 1960* [On-Line]. Available: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon.Document.87891.xls](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.87891.xls) (3.4.09).
- Campen, C., Sluijs, EM (1989). *Patient Compliance: Survey of Reviews (1979-1989)*. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care.

- Case-Smith, J. & Nastro, M. (1993). The effect of occupational therapy intervention on mothers of cerebral palsy. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 811-817.
- Carrigan, N., Rodger, S. & Copley, J. (2001). Satisfaction with a pediatric occupation therapy service. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(1), 51-76.
- Csikszentmihalyi, M., (1990). *Flow: the Psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Cole, D. (2001). The challenge of disability: Being solution focused with families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 22, 98-104.
- Darlington, Y. & Rodger, S. (2006). Families and Children's Occupational Performance. In Rodger, S. & Ziviani, J. (Hrsg.), *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (S. 33). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Dodd, K., Taylor, N. & Graham K. (2003). A randomized clinical trial of strength training in young people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 652-657.
- Flechter, RH (1989). Patient Compliance with Therapeutic Advice: A Modern View. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 56, 453-458.
- Fragala-Pinkham, M.A., Haley, S.H., Rabin, J. & Kharasch, V.S. (2005). A Fitness Program for Children with Disabilities. *Physical Therapy*, 85(11), 1182-1200.
- Friedrich, W., Greenberg M. & Crnic, K.A. (1983). A short-form of the Questionnaire on Resources and Stress. *American Journal of Mental Disorders*, 88, 41-48.
- Gajdosik, C.G. (1991). Issues of parent compliance: What the clinician and researcher should know. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 11, 73-88.
- Gajdosik, C.G. & Campbell, S.K. (1991). Effects of weekly review, socioeconomic status and maternal belief on mother's compliance with their disabled children's home exercise program. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 11, 47-65.
- Golledge, J. (1998). Distinguishing between Occupation, Purposeful Activity and Activity, Part 1: Review and Explanation. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 100-105.

- Haase, F.C. (2006). Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (S. 191-192). Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Hanna, K. & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14-24.
- Hinojosa, J. & Anderson, J. (1991). Mother's perceptions of home treatment programs for their preschool children with cerebral palsy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 273-279.
- Jirikovic, T., Stika-Monson, R., Knight, A., Hutchinson, S., Washington, K. & Kartin, D. (2001). Contemporary trends and practice strategies in pediatric occupational and physical therapy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(4), 45-62.
- Katz-Leuerer, M., Eisenstein, E. & Liebermann, D.G. (2008). Feasibility of motor capability training at home in children with acquired brain injury. *Physiotherapy*, 94, 71-77.
- King, G., Law, M., King, S. & Rosenbaum, P. (1998). Parent's and service providers' Perceptions of the family-centredness of children's rehabilitation services. *Physical and Occupational Therapy in Paediatrics*, 18, 21-40.
- Konderding, B. (2006). Elternberatung in der Ergotherapie. In: Becker, H., Steding-Albrecht, U, (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S.266). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Laadt-Bruno, G., Lilley, P.K. & Westby, C.E. (1993). A collaborative approach to developmental care continuity with infants at risk and their families. *Topics in Language Disorders*, 14, 15-28.
- Law, J.F. (2002). Historical and social foundations for practice. In C.A. Trombly & M.V. Radomski (Hrsg.), *Occupational therapy for physical dysfunction* 5, 17-30.
- Law, M. & King, G. (1993). Parent compliance with therapeutic interventions for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35, 983- 990.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies*. [On-Line] Available: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf> (13.2.2009).
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. [On-Line] Available: [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf) (13.2.2009).
- Mayo, N. (1981). The Effect of a home visit on parental compliance with a home program. *Physical Therapy*, 61(1), 27-32.
- Moxley-Haegert, L. & Serbin, L.A. (1983). Developmental educational education for parents of delayed infants: Effects on parental motivation and children's development. *Child development*, 54, 1324-1331.
- Moersch, M.S. (1985). Parent involvement. In P.N. Clark & A.S. Allen (Hrsg.), *Occupational therapy for children* (S. 128-139). St. Louis, MO: The C.V. Mosby.
- Molineux, M. (1993). Improving home programme compliance of children with learning disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 40, 23-32.
- Myers, L.B., Midence, K. (1998). *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. New Delhi: Harwood Academic Publishers.
- Novak, I. & Cusick, A. (2006). Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start? *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 251-64.
- Novak, I., Cusick, A. & Lowe K. (2007). A pilot study on the Impact of occupational home programming for young children with cerebral palsy. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 463-468.
- Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28 (1), 25-32.
- Pigott, J., Hocking, C. & Paterson, J. (2002). Participation in home therapy programs for children with cerebral palsy: a compelling challenge. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1112-1129.



- Pigott, J., Hocking, C. & Paterson, J. (2003). Parental adjustment to having a child with cerebral palsy and participation in home therapy programs. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(4),5-29.
- Playle, J. (2000). Concepts of compliance: understandings and approaches. *British journal of family planning*, 26, 213-9.
- Rapoff, M.D. & Christopherson, E.R. (1982a). Compliance of pediatric patients with medical regimens: review and evaluation. In Stuar, R. (Hrsg.). *Adherence, Compliance and Generalisation in Behavioral Medicine* (79-124). New York: Brunner/Mazel.
- Rapoff, M.D. & Christopherson, E.R. (1982b). Improving compliance in pediatric practice. *Pediatric Clinics of North America*, 29(2), 339-357.
- Rigby, P. & Rodger, S. (2006). Developing as a Player. In Rodger, S. & Ziviani, J. (Hrsg.), *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (S.178). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Robinson, L. (1987). Patient compliance in occupational therapy home health programmes: Sociocultural considerations. *Occupational Therapy in Health Care*, 4, 127-137.
- Rodger, S., Braithwaite, M. & Keen, D. (2004). Early intervention for children with autism: parental priorities. *Australian Journal of Early Childhood*, 29, 34-41.
- Rodger, S., Keen, D., Braithwaite, M. & Cook, S. (2008). Mothers' satisfaction with a home based early intervention programme for children with ASD. *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 21(2), 174-182.
- Romein, E., & Espei, A. (2006). Diagnostik und Befundaufnahme. In Becker, H. & Steding-Albrecht, U. (Hrsg.). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 115). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rone-Adams, S., Stern, D. & Walter, V. (2004). Stress and compliance with a home exercise program among caregivers of children with disabilities. *Pediatric physical therapy*, 16, 140-148.
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G., & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1-20.

- Sackett, D.L. (1986). Rules of evidence and clinical recommendations on use of antithrombotic agents. *Chest*, 89(2 Suppl.), 2S-3S.
- Sackett, D.L., Rodenberg, W.MC., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Scheiber, I. (1996). Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (S.192). Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Scheibler, F. (2004). *Shared Decision-Making*. Bern: Hans-Huber.
- Schreiber, J.M., Effgen, S.K. & Palisano, R.J. (1995). Effectiveness of parental collaboration on compliance with a home program. *Pediatric Physical Therapy*, 7, 59-64.
- Schuchardt, E. (1994). *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen*. Göttingen Vandenhoeck und Ruprecht.
- Segal, R. (2004). Family routines and rituals: a context for occupational therapy interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 58,499-508.
- Shilton, T.L., Jeppson, E.S. & Johnson, B.H. (1987). *Family-centred care for children with special needs*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- Simon, G. (1988). Parent errors following physician instruction. *American Journal of Diseases of Children*, 142(4), 415-416.
- Steiger, Th. & Lippmann, E. (Hrsg.) (1999). *Handbuch angewandte Psychologie für Führungskräfte*. Berlin: Springer.
- Strauss, A. & Corbine, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and the techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Taylor N.F., Dodd, K.J, McBurney, H. & Graham, H.K. (2004). Factors influencing adherence to a home-based strength-training programme for young people with cerebral palsy. *Physiotherapy*, 90, 57-63.
- Tétreault, S., A. Parrot & J. Trahan (2003). Home activity programs in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 165-73.
- Thompson, K.M. (1998). Early intervention services in daily family life: Mother's perceptions of "ideal" versus "actual" service provision. *Occupational Therapy International*, 5, 206-221.

- University of Oxford (2005). *Systematic Review Appraisal Sheet*. [On-Line]. Available: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1567> (2.4.09).
- Viscardis, L. (1998). The family centred approach to providing services: A parent perspective. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 41-53.
- Wallen, M. & Doyle, S. (1996). Performance indicators in paediatrics: The role of standardised assessments and goal setting. *Australian Occupational Therapy Journal*, 43, 172-177.
- Werner DeGrace, B. (2003). Occupation-based and family-centred care: a challenge for current practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 347-350.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.

## 5.2 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Entwicklung des BIP und der Gesundheitskosten aus: Bundesamt für Statistik (2009) *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007. Kräftiges Wachstum der Gesundheitskosten* (S.13) [On-Line]. Available: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue\\_\\_\\_login/blank/zugang\\_lexikon.Document.119160.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.119160.pdf) (3.4.09).
- Abbildung 2: Modell zur Ausarbeitung von HPs für Kinder mit CP aus: Novak, I. & Cusick, A. (2006). Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start? *Australian occupational Therapy Journal*, 53, 260.
- Abbildung 3: Zielhierarchie nach Scheiber (1996) aus: Haase, F.C. (2006). Ergotherapeutischer Behandlungsprozess. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (S.192). Stuttgart: George Thieme Verlag KG5.3

## 5.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Für die Literatursuche verwendete Schlüsselwörter

Tabelle 2: Matrix: Beinhaltet die durch die systematisch Literatursuche gefundene Artikel

Tabelle 3: Verhältnis von aufgetragener und tatsächlich durchgeführter Intensität der HPs in Anlehnung an: Rone-Adams, S., Stern, D. & Walter, V. (2004). Stress and compliance with a home home exercise program among caregivers of children with disabilities. *Pediatric physical therapy*, 16, 143.

Tabelle 4: Faktoren, welche in der Kurzform des QRS beinhaltet sind aus: Rone-Adams, S., Stern, D. & Walter, V. (2004). Stress and compliance with a home home exercise program among caregivers of children with disabilities. *Pediatric physical therapy*, 16, 140-148.

Tabelle 5: Sieben Empfehlungen eine erfolgreiche Compliance bei HPs zu erzielen aus: Tétreault, S., A. Parrot & J. Trahan (2003) Home activity programs in families with children presenting with global developmental delays: evaluation and parental perceptions. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 172.

Tabelle 6: Empfehlungen für die Praxis: Resultierend aus der Beartbeitung dieses Reviews

## **6. Eigenständigkeitserklärung**

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

Christine Hiltbrand

Matthias Matter

Winterthur, 18. Juni 2009