

Bachelorarbeit

AMPS, IDDD & PRPP- Assessments zur ergotherapeutischen Erfassung der Betätigungsperformanz von Menschen mit Demenz

Vera Zeller
Feldstrasse 41
8400 Winterthur
Matrikelnummer: S10866986

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2010
Eingereicht am:	3. Mai 2013
Betreuende Lehrperson:	Elsbeth Müller, MSc OT

Abstract

Hintergrund

Die Folgen einer demenziellen Entwicklung haben einen enormen Einfluss auf die Betätigungsperformanz in ADL und IADL. Ergotherapeutischen Assessments wird eine zentrale Bedeutung zugewiesen diese Betätigungsperformanz zu eruieren. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Praktikabilität, Validität und Reliabilität von Assessments für Menschen die an Demenz leiden und in einer gemeindenahen Wohnform leben, zu beurteilen.

Methode

Eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Cinhal, Medline, Psycinfo und OTD Base. Auswahl der gefundenen Assessments anhand der Ein- und Ausschlusskriterien.

Resultate

Das AMPS verfügt über eine gute Voraussagensvalidität, sowie Sensitivität und Spezifität. Das IDDD verfügt über Testgütekriterien der Konstruktvalidität, Internen Konsistenz und der Inter Rater Reliabilität. Das PRPP zeigt eine leichte konkurrente Validität zum MMSE und eine genügende Inter Rater Reliaibilität.

Conclusion

Das AMPS, das IDDD sowie das PRPP verfügen bereits über Testgütekriterien in der Anwendung mit Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden. Die Assessments werden in der Literatur für die ergotherapeutische Arbeit mit Menschen die an einer Demenz leiden empfohlen. Die Praktikabilität eines Assessments muss sich mit den Ressourcen der Ergotherapeutin sowie der Philosophie der Insitution decken. Weitere Studien zu Testgütekriterien der drei Assessments in diesem Bereich werden empfohlen.

Keywords

Assessment; Occupational Therapy; Dementia; Occupational Performance; Validity; Reliability

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
1.1	Problemstellung.....	3
1.1.1	Demographische Entwicklung der Demenz, internationale und nationale Demenzstrategien.....	3
1.1.2	Entwicklung von Assessments in der Ergotherapie	4
1.1.3	Ergotherapie und die Arbeit mit Menschen die an einer Demenz leiden ..	5
1.2	Begründung der Themenwahl	6
1.3	Zielsetzung	6
1.4	Fragestellung	7
1.5	Definitionen	7
1.5.1	Demenz	7
1.5.2	Ergotherapeutisches Assessment	9
1.5.3	Betätigungsperformanz.....	9
1.5.4	Praktikabilität	9
1.5.5	Validität.....	10
1.5.6	Reliabilität.....	10
1.5.7	Gemeindenaher Wohnform (Community Based Living).....	10
1.6	Themeneingrenzung	10
2	Methode	11
2.1	Theoretische Grundlage.....	11
2.1.1	Das Model of Human Occupation	12
2.2	Methodisches Vorgehen.....	14
3	Ergebnisse	16
3.1	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	16
3.1.1	Einordnung ins MOHO.....	17
3.1.2	Zusammenfassungen der Studien.....	18
3.1.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	21
3.2	Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD)	22
3.2.1	Einordnung ins MOHO.....	23
3.2.2	Zusammenfassungen der Studien.....	23
3.2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	25
3.3	The Perceive Recall Plan and Perform Assessment (PRPP).....	26
3.3.1	Einordnung ins MOHO.....	27
3.3.2	Zusammenfassung der Studie.....	27
3.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	28
3.4	Übersicht der Assessments im Model of Human Occupaiton.....	29
4	Diskussion	30
4.1	Beurteilung der Validität und der Reliabilität.....	30

4.1.1	Assessment of Motor and Process Skills.....	30
4.1.2	Interview for Deterioration in Daily activities in Dementia	31
4.1.3	Perceive, Recall Plan and Perform Aessment	32
4.2	Beurteilung der Praktikabilität.....	34
4.3	Validität und Reliabilität im Bezug zur Fragestellung.....	35
4.4	Praktikabilität im Bezug zur Fragestellung	35
4.5	Verwendung der Assessments in der Forschung.....	36
4.6	Theorie- Praxis Transfer.....	37
5	Schlussfolgerungen.....	39
5.1	Ausblick.....	39
5.2	Limitationen.....	39
6	Verzeichnisse	41
6.1	Abkürzungsverzeichnis	41
6.2	Literaturverzeichnis	42
6.3	Abbildungsverzeichnis.....	48
6.4	Tabellenverzeichnis.....	48
7	Danksagung	49
8	Eigenständigkeitserklärung	50
9	Anhang.....	51

1 Einleitung

Die Zeit der Ergotherapie ist gekommen, um sich als Ganzes aktiv um die Weiterentwicklung des Bedarfs von Menschen mit Demenz zu kümmern (Bennett, Shand und Liddle, 2011). Welche ergotherapeutischen Assessments gibt es um die Ergotherapie mit Menschen, die an einer dementiellen Entwicklung leiden, zu unterstützen? Dies ist die Ausgangsfrage, mit der sich die Autorin in der folgenden Bachelorarbeit befassen möchte.

1.1 Problemstellung

1.1.1 Demographische Entwicklung der Demenz, internationale und nationale Demenzstrategien

Die World Health Organisation (2012) bestätigt eine Prävalenz der an Demenz leidenden Personen von 35.6 Millionen Menschen weltweit. Diese Zahl entspricht 0.5% der Weltbevölkerung. Ferri et al. (2005) und die World Health Organisation (2012) statuieren einen Anstieg um das Doppelte bis zum Jahre 2040.

Eine Studie vom Jahre 2011 im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung zeigt, dass in der Schweiz über 100'000 Menschen an Demenz leiden (Kraft, Marti, Werner und Sommer, 2011). Jährlich gibt es einen Anstieg von 25'800

Neuerkrankungen. Die Studie zeigt weiter, dass gemäss einer Prognose die Anzahl an Menschen, die an einer Demenz leiden im Jahre 2050 um das Dreifache steigen wird. In der Schweiz verursachen Menschen die an einer Demenz leiden durchschnittlich 6.3 Milliarden Schweizer Franken. Dabei verursachen die Menschen welche zu Hause zuhause leben weit weniger Kosten als jene die in einer Institution leben (Kraft et al., 2011).

Die WHO (2012) hält fest, dass in vielen Ländern die Demenz politisch angegangen wird, sowie Pläne und Strategien entwickelt werden, die verschiedene Ansätze beinhalten, um die Lebensqualität für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern.

The Alzheimer's Disease International Kyoto Declaration (2004) hat folgende zehn „Areas for Action“ definiert:

„Provide treatment in primary care; Make appropriate treatments available; Give care in the community; Educate the public; Involve communities, families and consumers; Establish national policies, programs and legislation; Develop human resources; Link with other sectors; Monitor community health; Support more research.“ (S. 37)

Gemäss des Curaviva (2012) hat der Schweizer Ständerat die Motionen für eine nationale Demenzstrategie am 12. März 2012 angenommen. Mit dem Curaviva (2012) wurde der Bund beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen und den betroffenen Organisationen eine Demenzstrategie zu Behandlungsmethoden, Forschung und Infrastrukturen zu entwickeln.

1.1.2 Entwicklung von Assessments in der Ergotherapie

Die positiven Effekte der Anwendung von Assessments in der Ergotherapie statuierte bereits Werpechowski-Olin (1985). Es wird festgehalten, dass es für einen gelungenen Beginn einer Behandlungsplanung wichtig ist, den Patienten aufmerksam zu erfassen.

Law, Baum und Dunn (2005) zeigen auf, dass es für die betätigungsorientierte Ergotherapie wichtig ist Messmethoden welche die Betätigungsdysfunktionen aufzeigen zu nutzen. Assessments (Fawcett, 2007) gewährleisten in der Ergotherapie eine klientenzentrierte, evidenzbasierte Therapie und zeigen die Wirksamkeit der Therapie auf. Klein, Barlow und Hollis (2008) empfehlen Ergotherapeuten Messinstrumente zu nutzen, um die Effektivität ihrer Interventionen und die Einzigartigkeit ihrer Arbeit zu beweisen. Denn nur so könne die Berufsgruppe evidenzbasiert arbeiten und eine qualitativ hochwertige Rehabilitation, die auf die Bedürfnisse der Klienten eingeht, gewährleisten (Klein et al., 2008). So entsteht laut Fawcett (2007) ein Bedürfnis an reliablen, validen und empfindlichen Assessments für die Ergotherapie. Fuller (2011) statuiert, dass valide und reliable ergotherapeutische Messinstrumente welche die Betätigungsperformanz messen, rar sind.

Der Council of Occupational Therapists for the European Countries (2010) äussert in einem politischen Statement, dass Ergotherapeuten bei der Arbeit mit älteren Menschen validierte Assessments verwenden sollen, um die Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen und verbessern. Der ErgotherapeutInnen Verband

Schweiz (2001) hält in seinen Leitlinien zur Qualitätspolitik fest, dass die Standardisierung des ergotherapeutischen Prozesses durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse und der damit verbundenen laufenden Aktualisierung von Messinstrumenten und festgelegten Messindikatoren beinhaltet.

1.1.3 Ergotherapie und die Arbeit mit Menschen die an einer Demenz leiden

Die American Psychiatric Association (1984) beschreibt bei der Demenz einen Verfall von zuvor erlernten intellektuellen Fähigkeiten, welcher sich auf das soziale und betätigungsorientierte Handeln auswirkt. Die Folgen einer dementiellen Entwicklung haben enorme Auswirkungen auf die Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (Miller & Butin, 2000; Ehrlich, 2006). Ergotherapie ist laut Miller und Butin (2000) eine essentielle Komponente für die komplexe Pflege und Behandlung von Menschen, die an einer Demenz leiden.

Die Literatur kristallisiert drei Kerngebiete der ergotherapeutischen Behandlung von Demenz aus, welche die Lebensqualität fördern (Miller und Butin, 2000). Diese sind ergotherapeutische Interventionen, Umweltadaptionen und ein gezieltes Coaching von Betreuungspersonen. Durch ergotherapeutische Interventionen können Betätigungen modifiziert werden, um ADL und IADL - Fertigkeiten zu erhalten und zu verbessern (Graff et al., 2006a; Graff et al., 2006b). Umweltadaptionen, die durch die Ergotherapeutin vorgenommen werden, können die Selbstständigkeit von Menschen, die an einer Demenz leiden verbessern (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce und Hauck, 2001). Belastungen von Betreuungspersonen können durch gezieltes Coaching durch die Ergotherapeutin reduziert werden, um auch ihre Lebensqualität zu fördern (Graff et al., 2006a).

Die durch die Ergotherapie ermöglichte Durchführung von bedeutungsvollen Aktivitäten steigern das Wohlbefinden für Menschen, die an einer Demenz leiden (Graff et al., 2007; Graff et al., 2006b; Phinney, Chaudhury & O'Connor, 2007).

Gemäss der Schweizerischen Alzheimervereinigung (2010) ist es ein grosser Wunsch für Betroffene, dass die an einer Demenz leidende Person möglichst lange zu Hause wohnen kann. Laut Fransen (2005) sollen Ergotherapeuten Menschen begleiten und sie dabei unterstützen, in ihrer Gemeinschaft zu leben um Betätungsverlust, Behinderung und Ausschluss zu verhindern.

1.2 Begründung der Themenwahl

„As Professionals, occupational therapists have an obligation to measure the need for service, design interventions based on knowledge gained from measurement, and evaluate the results of interventions.“ (Law, Baum und Dunn ,2005, S.15)

Liu et. al (2007) zeigen auf, dass Messinstrumente welche Alltagsaktivitäten überprüfen wichtige Informationen über das Funktionieren im Alltag von Menschen die an einer Demenz leiden geben können. Bennett et al. (2011) erwähnen eine Unklarheit, welche Assessments Ergotherapeuten üblicherweise für die Praxis mit Menschen, welche an einer Demenz leiden nutzen. Die American Psychiatric Association (2000) empfiehlt bei Menschen die an Demenz leiden, die Auswirkung des Gedächtnisverlusts auf das individuelle Funktionieren in Alltagsaktivitäten zu definieren.

Die Autorin hatte in ihrem Praktikum Kontakt zu Menschen mit dementiellen Entwicklungen. Nachforschungen über die Krankheit Demenz und Gespräche mit Fachpersonen vertieften das Interesse der Autorin. Die demografische Entwicklung (Kraft et al., 2011) zeigt einen deutlichen Handlungsbedarf im Thema Demenz in der Schweiz. Die Verwendung von Assessments, welche genügende Gütekriterien aufweisen, stellt einen wichtigen Schritt in die Richtung der evidenzbasierten Praxis in der Ergotherapie dar (Fawcett, 2007). Diese Erkenntnis führte die Autorin zum Entschluss, dieses Thema in ihrer Bachelorarbeit aufzurollen.

1.3 Zielsetzung

Das **Ziel** dieser Bachelorarbeit ist es, praktikable ergotherapeutische Assessments zu finden, welche valide und reliabel sind, um sie mit Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden und in einer gemeindenahen Wohnform leben durchzuführen.

Zweck: Durch die kritische Beurteilung betätigungsorientierter Assessments soll untersucht werden ob sie aufgrund ihrer Validität, Reliabilität und Praktikabilität als geeignet für Menschen die an einer dementiellen Entwicklung leiden, bewertet werden können. Der Fokus liegt dabei auf Menschen, die zu Hause leben oder welche sich in einer Aufnahme und Übergangspflege befinden und die Aussicht

haben wieder nach Hause gehen zu können. Die Ergotherapeutin soll damit Aussagen über die Betätigungsperformanz in ADL und IADL der Person mit leichter bis mittelgradiger Demenz machen können, sowie die Wirksamkeit der Ergotherapie aufzeigen und messbar machen können. Auch soll es bei der Abklärung des Bedarfs an Unterstützung die ein Klient benötigt behilflich sein. Es soll die Wichtigkeit der Anwendung von validen, reliablen und praktikablen betätigungsorientierten Assessments in der Ergotherapie mit Menschen die an einer Demenz leiden aufgezeigt werden, um die Profession der Ergotherapie in der Schweiz weiterzuentwickeln.

1.4 Fragestellung

Die Fragestellung wurde aufgrund der Problemstellung und der Zielsetzung gebildet und dient als zentrale Forschungsfrage.

Welche praktikablen ergotherapeutischen Assessments gibt es, die valide und reliabel sind, welche für Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden geeignet sind, um ihre Betätigungsperformanz in einer gemeindenahen Wohnform überprüfen zu können und welches sind ihre Stärken und Schwächen?

1.5 Definitionen

In folgendem Kapitel werden die zentralen Begriffe der Arbeit genau definiert. Die Begriffe basieren auf der Grundlage der Fragestellung. Sie beleuchten und erklären wichtige Ausgangspunkte des Themas. Die Begriffe werden anschliessend in der gesamten Arbeit unter Berücksichtigung folgender Definitionen verwendet.

1.5.1 Demenz

Eine Demenz ist laut der American Psychiatric Association (2000) eine Entwicklung von verschiedenen kognitiven Defiziten, welche eine Gedächtnisleistungsstörung mit einer kombinierten kognitiven Beeinträchtigung wie eine Aphasie, Agnosie oder eine Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen umfasst. Die Individuen werden in ihrer Fähigkeit neue Dinge zu lernen beeinträchtigt, oder sie vergessen zuvor Erlerntes. Gemäss der ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen beinhaltet eine Demenz eine Abnahme der Gedächtnisleistung, welche sich beim Lernen neuer Informationen sehr deutlich zeigt und in schweren Fällen zu Erinnerungslücken von früher Erlerntem führen kann (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte- Markwort, 2011).

Dilling et al. (2011) teilen die Krankheit in drei Schweregrade ein. Eine leichte Beeinträchtigung stellt den Grad des Gedächtnisverlustes dar, in dem tägliche Aktivitäten eingeschränkt sind, jedoch nicht in einem Mass, welches ein unabhängiges Leben verunmöglicht. Betroffen ist hauptsächlich das Lernen neuer Materialien, wie zum Beispiel was wo hingelegt worden ist, sowie das Vergessen von kürzlich abgemachten Terminen. Bei einer mittelgradigen Beeinträchtigung nimmt der Gedächtnisverlust ein Ausmass ein, welches eine ernsthafte Behinderung für ein selbstständiges Leben darstellt. Neue Informationen werden nur ab und zu und über eine sehr kurze Zeitspanne behalten. Die Betroffenen sind nicht mehr in der Lage sich zu orientieren, sich an Namen von vertrauten Personen zu erinnern und sich zu erinnern was sie vor kurzem getan haben. Bei einer schweren Beeinträchtigung sind die Betroffenen vollständig unfähig, Informationen zu behalten. Es bleiben nur Bruchstücke von früher Gelerntem übrig und sie erkennen enge Verwandte überhaupt nicht mehr (Dilling et al., 2011)

Eine Evidenz für eine zerebrovaskuläre Schädigung (→Glossar) muss vorhanden sein, um eine vaskuläre Demenz zu diagnostizieren (American Psychiatric Association, 2000).

Die Alzheimer Demenz ist eine Schädigung, die mit kontinuierlicher Abnahme der kognitiven Leistungen einhergeht, bei dieser Form können keine vaskulären Schäden nachgewiesen werden. Daher muss die Diagnostik mit anderen Krankheitsursachen der Demenz einhergehen (American Psychiatric Association, 2000).

Andere Demenzformen wie beispielsweise die Demenz bei Creutzfeldt-Jacob Krankheit werden aufgrund des sehr unterschiedlichen Alters bei Krankheitsbeginn, sowie einer unterschiedlichen Ätiologie, ausgeschlossen.

In der Literatur wird der Grad der Demenz oft gemäss den Werten des Mini Mental State Examination (→Glossar) angegeben (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Dies ist ein kognitiver Test, welcher vom Arzt durchgeführt wird. Laut Vreugdenhil, Cannell, Davies und Razay (2011) erreichen Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden einen MMSE zwischen 10- 28.

Demnach werden in der folgenden Arbeit Menschen mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer oder Vaskulärer Demenz involviert, da der weit vorangeschrittene

Gedächtnisverlust einer schweren Beeinträchtigung gemäss Dilling et al. (2011) ein unabhängiges Leben gänzlich verunmöglicht.

1.5.2 Ergotherapeutisches Assessment

Hagedorn (2000) beschreibt Assessments als eine Ermittlung der Betätigungsperformanz innerhalb von Betätigungsbereichen, Betätigungsrollen und Betätigungsfertigkeiten. Zum Assessment zählt sie das Sammeln von Informationen, die Beobachtung, das Messen, die Schriftliche Aufzeichnung und das Überprüfen. Die Überprüfung der Betätigungsperformanz ist der wichtigste Aspekt jeder ergotherapeutischen Behandlung (Baum & Law, 1997). Die Ergotherapeutischen Assessments für diese Arbeit sollen die Betätigungsperformanz überprüfen.

1.5.3 Betätigungsperformanz

Der Begriff Betätigungsperformanz stellt den Kernbereich der Ergotherapie dar (Matrotzki, 2002). Da in dieser Arbeit das Model of Human Occupation als theoretischer Rahmen benutzt wird (Kielhofner, 2008), wird der Begriff nach Gary Kielhofner definiert. Kielhofner (2008) gibt dem Begriff Betätigungsperformanz die Bedeutung einer Betätigungsform, bei welcher tägliche Routinen, verinnerlichte Rollen und Gewohnheiten, sowie auch die Umwelt eine wichtige Rolle spielen. Dabei können Einschränkungen in der Betätigungsperformanz einen Einfluss auf die Partizipation von Menschen haben. Sie verhindern diese jedoch nicht zwingend, wenn die Person Wahlmöglichkeiten hat die ihm Volition ermöglichen und er angepasste Unterstützung der Umwelt bekommt (Kielhofner, 2008).

1.5.4 Praktikabilität

Die Praktikabilität wird laut Fawcett (2007) in 5 Bereiche eingeteilt. Bereich eins befasst sich mit den Kosten für Testunterlagen, Testbögen, Material und Einführungskurse sowie deren anfallende Nebenkosten. Weiter wird im zweiten Bereich der Zeitfaktor zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung des Assessments als zweiten Bereich genannt. Als dritten Bereich wird die Energie und der Aufwand ein neues Assessment kennenzulernen erwähnt. Die Handhabbarkeit bildet den vierten Bereich, da das Assessment an verschiedenen Orten durchführbar sein sollte und die Utensilien somit leicht transportierbar sein sollten. Als letzten Bereich wird die Akzeptanz des Assessments aufgeführt, denn das Assessment soll

zur Philosophie, dem theoretischen Framework (→Glossar) und der Praxis des Arbeitsortes, sowie dem Klientel passen.

1.5.5 Validität

Die Validität zeigt gemäss LoBiondo und Haber (2005) auf, ob ein Messinstrument genau das misst, was es messen soll. Es können drei verschiedene Validitätsarten erforscht werden, die Inhaltsvalidität, die Konstruktvalidität und die Kriteriumsvalidität. Die untersuchte Validitätsart wird vom Forscher je nach Datenart gewählt.

1.5.6 Reliabilität

Die Reliabilität eines Messinstruments zeigt sich laut LoBiondo und Haber (2005) darin, wie genau das Messinstrument bei wiederholten Messungen das identische Resultat zeigt. Eine reliable Skala zeichnet sich durch Stabilität (bei wiederholten Tests das gleiche Ergebnis), Homogenität (alle Items des Test messen das gleiche Merkmal) und Äquivalenz (bei gleichgerichteten Methoden zu gleichem Ergebnis) aus.

1.5.7 Gemeindenahe Wohnform (Community Based Living)

Laut Grady (1995) umfasst der Begriff Gemeinschaft oder auch Gemeinde bestehende Gemeinschaften wie Städte, Schulen, Arbeitsplätze und Nachbarschaften. Sie sagt weiter, dass sich jedoch jeder Mensch auch seine persönlichen Gemeinschaften aufbaut. Dies sind Familie, Freunde und Bekannte und ausserdem Orte, an denen wir unsere Freizeit und unsere Arbeitszeit verbringen und die dabei entstehenden Beziehungen die wir über die Zeit aufbauen. Eine gemeindenahe Wohnform wird für diese Arbeit dem Begriff „zu Hause lebend“ gleichgesetzt.

1.6 Themeneingrenzung

Folgende Arbeit beschränkt sich auf die Auswertung von Assessments für Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden. Weiter soll die Arbeit auf Menschen die zuhause leben oder nach einer Hospitalisation, eine Rückkehr nach Hause in Betracht gezogen werden kann, abzielen. Es werden nur Assessments ausgewertet, die auf die Betätigungsperformanz in den Bereichen ADL/IADL abzielen.

2 Methode

2.1 Theoretische Grundlage

Um die Assessments auf die Anwendbarkeit in der Ergotherapie mit Menschen, die an Demenz leiden und in der Gemeinde leben zu prüfen wurde nach einem geeigneten ergotherapeutischen Modell gesucht. Hagedorn (2000) beschreibt Modelle als eine Erklärung, die Theorie in die Praxis zu integrieren. Es entsteht eine Vereinfachung gewisser Zusammenhänge, indem die Beziehungen verschiedener einzelner Elemente untereinander vereint zu einem Ganzen aufgezeigt werden (Hagedorn, 2000). Dafür wurden von der Autorin verschiedene Modelle in Erwägung gezogen.

Das Canadian Model of Occupational Performance- Environment (CMOP- E) ist laut Harth (2002) ein Praxismodell, welches zwei Kernelemente in den Mittelpunkt stellt: Klientenzentriertheit und Betätigung. Die drei Faktoren Person, Umwelt und Betätigung treten in eine Interaktion und bilden zusammen die Betätigungsperformanz, welche durch wechselwirkende Beziehungen entsteht. Das Model of Human Occupation (MOHO) teilt das menschliche System in Volition, Habituation und Performanz auf (Kielhofner, 2008). Dabei wirken auf den Menschen die Umweltfaktoren soziale und räumliche Umwelt ein, welche durch die Kultur beeinflusst werden.

Das MOHO schenkt der Volition, welche Interessen, Selbstbild und Werte enthält, sowie der Habituation, welche Rollen und Gewohnheiten beinhaltet, sehr viel Gewicht. Die Faktoren Habituation und Volition werden im CMOP-E nicht in den Mittelpunkt gestellt. Die Volition und die Habituation werden von der Autorin als Schlüsselemente für Menschen die an einer Demenz leiden gesehen. Diese Annahme wird durch Josephsson, Backman, Borell, Nygard und Bernspang (1995) unterstützt. Sie weisen darauf hin, dass das MOHO als Bezugsrahmen für Assessments und Behandlungen mit Menschen die an einer Demenz leiden angezeigt ist. Aus den genannten Gründen wird der theoretische Rahmen für diese Bachelorarbeit auf dem MOHO aufgebaut.

2.1.1 Das Model of Human Occupation

Das Model of Human Occupation wurde 1980 durch Gary Kielhofner entwickelt (Kielhofner, 2008). Das ergotherapeutische Model basiert auf der Grundannahme, dass zwischen menschlicher Betätigung und Gesundheit ein enger Zusammenhang besteht (Kielhofner, Marotzki & Mentrup, 2005). Das MOHO stellt ein konzeptionelles Praxismodell (→Glossar) dar (Kielhofner et al., 2005). Ziele des Modells sind es, einen spezifischen ergotherapeutischen Wissenskorporus zu entwickeln und einen Beitrag zur Einordnung zu leisten, als auch die Theorieentwicklung für die Profession zu fördern, sowie die Entwicklung und Professionalisierung der ergotherapeutischen Praxis voranzutreiben (Kielhofner, 2008).

Das menschliche System wird gemäss Kielhofner (2008) in die drei Subsysteme Volition, Habituation und Performanz unterteilt, welche die personenbezogenen Faktoren darstellen. Weiter beschreibt Kielhofner umweltbezogene Faktoren, welche das menschliche System von aussen beeinflussen. Die Umwelt umfasst Kultur, räumliche Umwelt und soziale Umwelt.



Abbildung 1 Model of Human Occupation

Die **Volition** stellt das erste personenbezogene Subsystem dar. Darin wird ein Muster von Gedanken und Gefühlen, mit dem man sich selbst als handelnde Person in der eigenen Welt sieht, verstanden. Die Volition soll darstellen wie ein Mensch wählt, erfährt, erwartet und interpretiert, was er tut. Die Volition umfasst die Interessen, das Selbstbild und die Werte eines Menschen.

Die **Habituation** stellt das zweite personenbezogene Subsystem dar, der Begriff umfasst die beiden Faktoren verinnerlichte Rollen und Gewohnheiten. Menschliche Betätigung wird meist innerhalb von Rollen ausgeführt.

Gewohnheiten stellen eine intuitive Abfolge von Handlungen, einen natürlichen Handlungsfluss und eine Orientierungshilfe im Alltag sicher (Mentrup, 2002).

Das dritte Subsystem **Performanz** wird in die motorischen-, die prozessbezogenen- und die kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten unterteilt (Kielhofner, 2008). Die drei Arten von Performanz Fertigkeiten einer Handlung bilden zusammen mit der Information und der Umwelt ein Informationsnetzwerk (Kielhofner et al., 2005). Informationen werden durch Reizaufnahme, der Umsetzung in Handlungspläne und dem Ausführen der Handlung durch den Körper verarbeitet.

Der Faktor **Kultur** beeinflusst die **räumliche Umwelt** und **soziale Umwelt** stark, denn dieser umfasst Werte und Normen, Bräuche und Verhaltensweisen, Glaube und Wahrnehmung (Kielhofner, 2008).

2.2 Methodisches Vorgehen

Aufgrund der gebildeten Keywords wurde auf den Datenbanken Cinahl, Medline, Psycinfo und OTDBase eine systematische Literaturrecherche durchgeführt (→ Anhang D). Die verschiedenen Keywords wurden jeweils mit „AND“ verbunden um die Suche zu präzisieren. Oft wurde auch das Sonderzeichen (*) benutzt, um die Suche nach ähnlichen Begriffen nicht einzuschränken. Die Relevante Literatur wurde aufgeführt (→Anhang D).

Tabelle 1 Keywordtabelle

Schlüsselwort	Keyword	Synonyme, Unterbegriffe, Oberbegriffe	Schlagwörter (MeSH Term, Cinahl Heading)
Erfassungsinstrument	Assessment	Functional Assessment, ADL Assessment	Occupational Therapy Assessment
Ergotherapie	Occupational Therapy	OT	Occupational Therapy
Demenz	Dementia	Vascular dementia Alzheimer's disease	Dementia
Betätigungsperformanz	Occupational performance	performance	-
Aktivitäten des täglichen Lebens	Activities of daily living	ADL, Instrumental Activities of daily living (IADL)	Activities of daily living
Validität	Validity	Construct validity, concurrent validity, predictive validity	Validity
Reliabilität	Reliability	Inter Rater Reliability, Test Retest Reliability	Reliability
Praktikabilität	Practicability	Utility	-

Aus dieser Suche konnten viele Gütekriterien Studien über verschiedene Assessments gefunden werden. Anhand des Abstracts der Studien und weiterer Informationen über die verschiedenen Assessments durch folgende Ein- und Ausschlusskriterien miteinbezogen oder verworfen (→Anhang E). Eine Alterseinschränkung der Studien 10 Jahre konnte nicht vorgenommen werden, da wertvolle Studien ausgeschlossen wären. Die Einschränkung wurde auf 15 Jahre ausgeweitet.

Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	- Das Assessment ist im Rahmen der Ergotherapie mit Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden einsetzbar	- Das Assessment ist in seiner Form nicht als ergotherapeutisches Assessment einsetzbar
Testgütekriterien	- Es gibt mindestens eine Studie welche Testgütekriterien mit Menschen die an einer Demenz leiden überprüft	- das Assessment wurde mit Menschen, die sich in der Langzeitpflege befinden getestet
Betätigungsperformanz	- Das Assessment zielt auf die Betätigungsperformanz in den Aktivitäten des Täglichen Lebens und den Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens ab	- Das Assessment zielt nicht auf die Betätigungsperformanz ab
Übertragbarkeit	- eine englische oder deutsche Version des Assessments ist verfügbar	- Die Studie stammt nicht aus einem westlichen Land

Aus dieser Suche konnten folgende drei Assessments generiert werden. Das Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), das Interview for Dereriation in Daily Activities in Dementia (IDDD) und das Perceive, Recall, Plan and Perform Assessment (PRPP). Bei den drei genannten drei Assessments wurde anschliessend eine Quersuche nach weiteren verwendbaren Studien durchgeführt, welche auf die Validität, Reliabilität oder Praktikabilität abzielen. Es konnten sechs Hauptstudien generiert werden, welche über den Zugriff auf Datenbanken über die ZHAW oder direkt bei den Autoren bezogen wurden. Alle gefundenen Studien sind quantitativer Natur und wurden kritisch nach den Bewertungskriterien für quantitative Forschung nach Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westermorland (1998) ausgewertet (→ Anhang F). Die Ergebnisse der gefundenen Hauptstudien sowie jeweils eine kurze Zusammenfassung des Assessments und der Modelbezug zum MOHO werden im Ergebnis Teil präsentiert. Im Schlussteil der Arbeit werden die Hauptstudien und Assessments kritisch reflektiert. Es wird ein Theorie- Praxis Transfer hergestellt und ein Schlussfazit gezogen.

3 Ergebnisse

Die durch die angewandte Methodik gefundenen Assessments und Hauptstudien werden nun in den folgenden Seiten erklärt und zusammengefasst. Eine tabellarische Übersicht sowie die Auswertungsbögen der drei Assessments können auch im Anhang nachgesehen werden (→ Anhänge G+H). Eine tabellarische Übersicht der Bedeutungen von den Testgütekriterien kann ebenfalls im Anhang nachgesehen werden (Anhang C).

3.1 Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Im Jahre 1994 entwickelte die Amerikanerin Anne G. Fisher den AMPS (Fisher & Jones, 2010). Das Model of Human Occupation bildet den theoretische Hintergrund dieses Assessments (Kielhofner, 2008). Das AMPS ist ein Beobachtungsinstrument, welches standardisierte Aktivitäten überprüft und die Performanzfertigkeiten eines Klienten mit anderen Menschen vergleichen kann (Fisher & Jones, 2010). Das Ziel des AMPS ist es, die Selbstständigkeit in PADL/IADL zu evaluieren (Fisher & Jones, 2010). Das AMPS wurde entwickelt, um Personen in ihrem natürlichen Umfeld zu erfassen. wird es im klinischen Setting durchgeführt, wird die Umwelt so gut es geht an das natürliche Setting angepasst (Fisher & Jones, 2010).

Zu Beginn der Evaluation, wählt der Klient gemeinsam mit der Ergotherapeutin eine geeignete Aktivität aus 63 standardisierten Aufgaben aus (Fisher & Jones, 2010). Diese Aufgaben sind im *AMPS Users Manual* detailreich beschrieben. Die Aktivität wird nach folgenden Kriterien ausgewählt. Die Aktivität kann in den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten durchgeführt werden und die notwendigen Materialien und Werkzeuge sind verfügbar. Die Aktivität stellt eine Herausforderung für den Klienten dar, sie ist jedoch alltagsrelevant für den Klienten und die Ergotherapeutin kennt die Aktivität und kann sie auch selber ausführen. Ist eine Aktivität gewählt, bespricht die Ergotherapeutin die Aufgabe mit dem Klienten, damit beide von der gleichen Grundlage ausgehen. Eventuell werden Umweltanpassungen vorgenommen, um die Aktivität so realitätsnah wie möglich zu gestalten. Während der Klient die Aufgabe durchführt, beobachtet und bewertet die Ergotherapeutin die motorischen und prozessbezogenen Performanz Items (→ Anhang H).

Die Bewertung wird in eine Skala von 1-4 Punkten eingeteilt, wobei hier 4 Punkte kompetent; 3 Punkte fragwürdig; 2 Punkte ineffektiv und 1 Punkt defizitär bedeuten. Die Rohdaten werden anschliessend in ein Computerprogramm eingegeben, welches die Daten durch eine Rasch Analyse (→Glossar) in einen linearen Wert umwandelt und welcher im *AMPS Graphic Report* erscheint (→ Anhang H). Durch die Standardisierung (→Glossar) des Assessments wurden Cut-off Punkte (→Glossar) entwickelt. In der AMPS Fertigmessungsskala zeigt dieser Cut-off Punkt, welche Qualität die Fertigkeiten im Vergleich mit gesunden Personen in ihrem Alter zeigen. Es werden zwei verschiedene Skalen angezeigt, die Skala der motorischen Fertigkeiten und die der prozessbezogenen Fertigkeiten (Fisher & Jones, 2010).

Zur Durchführung dieses Assessment setzt einen 5- tägigen AMPS Kurs voraus sowie eine Erfassung von zehn Klienten innerhalb der ersten drei Monate nach Besuch des Kurses, um als Bewerter kalibriert (→Glossar) zu werden (Fisher & Jones, 2010). Materialien die Benötigt werden sind die AMPS Software, das AMPS Users Manual, der AMPS Auswertungsbogen und Einrichtungen und Gegenstände je nach Aktivität (Fisher & Jones, 2010). Laut Kielhofner (2008) werden für die Durchführung und Auswertung circa 30 – 60 Minuten benötigt.

3.1.1 Einordnung ins MOHO

Die motorischen und prozessbezogenen Performanzfertigkeiten des AMPS erheben die im MOHO gleichnamigen Performanzfertigkeiten, welche einen Teil der drei Teile des menschlichen Systems bilden. Die Auswahl der standardisierten Aufgabe aus dem AMPS Users Manual lässt eine leichte kulturelle Neigung zu. Die räumliche Umwelt kann durch den AMPS stark miteinbezogen werden, wenn das Assessment im häuslichen Umfeld des Klienten durchgeführt wird. Ist dies nicht möglich, können Einrichtungen und Geräte so angepasst werden, sodass sie möglichst natürlichen Bedingungen entsprechen.

3.1.2 Zusammenfassungen der Studien

Die nachfolgenden Zusammenfassungen untersuchen verschiedene Aspekte der Validität für den AMPS und sind in tabellarischer Form zusammengestellt.

Tabelle 3 Hauptstudie Hartman, Fisher & Duran (1999)

Ziel & Methode	Vergleich von 3 Gruppen älterer Menschen mit und ohne Demenz um die Sensitivität (Gütekriterium der Validität) des Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in Bezug auf die Selbstständigkeit zu Hause zu bestimmen. Erkennung der Selbstständigkeit zu Hause anhand des AMPS Cut-off Punkt.
Teilnehmer	Gruppe 1: gesunde ältere Menschen (60-90 Jahre); zu Hause lebend (n329) Gruppe 2: Personen mit Alzheimer Demenz (über 50 Jahre alt); zu Hause lebend (n167) Gruppe 3: Personen mit Alzheimer Demenz (über 50Jahre alt); zu Hause lebend (n292)
Intervention	AMPS: Ergotherapeut und Teilnehmer wählten 2-3 standardisierte Aktivitäten aus AMPS Users Manual. Performanz-Items werden mit 4-Punkte Skala bewertet (4 kompetent; 3 fragwürdig; 2 ineffektiv; 1 defizitär). AMPS Cut-off Punkt definiert (Rasch Analyse). Selbstständigkeitsgrad zu Hause: durch Ergotherapeutin aufgrund Expertenbeurteilung eingeschätzt (1 keine Unterstützung; 2 leichte Unterstützung; 3 mittel bis viel Unterstützung) <ul style="list-style-type: none"> • Unterschied zwischen den drei Gruppen mittels einfaktoriellen ANOVA und Post Hoc Test mit den abhängigen Variablen Motorische ADL und Prozessorientierte ADL eruiert. • Mit einer Chi-quadrat Verteilung der Selbstständigkeit die Personen unterhalb und oberhalb des Cut-off Punktes verglichen.
Outcome	Motorische und Prozessbezogene Fertigkeiten sinken signifikant, wenn der funktionale Level (funktionieren im Alltag) von Menschen mit Alzheimer Demenz sinkt → Mean motorische Fertigkeiten: 2.8 (s/s), 2.4 (min. Unterstützung), 1.9 (mod. Unterstützung). Mean prozessbezogene Fertigkeiten: 1.7 (s/s), 0.6 (min. Unterstützung), -0.2 (mod. Unterstützung) Die Zahl der an Personen mit Alzheimer Demenz, welche sich unter dem Cut-off Punkt befinden steigt signifikant, wenn der gesamte funktionale Level abnimmt (chi-quadrat (ADL Motor): 175.4; p <0.0001/ (ADL Process): 617.1; p <0.0001) Die Performanzskala kann besser zwischen den drei Gruppen unterscheiden als die motorische Skala (sensitiver). Der AMPS cut- off Messpunkt kann ein Indikator für Defizite in der Ausführung von bedeutungsvollen Alltagsaufgaben sein. Diese Einschränkungen können die Fähigkeit der Person, selbstständig in der Gemeinde zu leben, beeinflussen.
Notizen	Die Performanzskala des AMPS erkennt den Selbstständigkeitsgrad von älteren Menschen mit und ohne Demenz gemäss vorliegender Studie sensitiver als die motorische Skala.

Tabelle 4 Hauptstudie Cooper-Mc Nulty & Fisher (2001)

Ziel & Methode	Sensitivität, Spezifität und den Vorhersagewert (Gütekriterien der Validität) des Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) für Personen mit psychischen Störungen und einhergehenden kognitiven Problemen, um die allgemeine Sicherheit zu Hause zu überprüfen.
Teilnehmer	20 Klienten mit psychischen Störungen Schizoauffektiv 6; Bipolar affektiv 5; Depression 4; Demenz 2 ; Schizophrenie 2, Dissoziativ 1 Einschlusskriterien: Psychische Störung und kognitives Defizit Ausschlusskriterien: Wohnort mehr als 50km von der Klinik entfernt; aufgrund von Selbstverletzung Unterstützung zu Hause
Intervention	AMPS: Ergotherapeut/in und Teilnehmer wählten 2-3 standardisierte Aktivitäten aus AMPS Users Manual. Performanz-Items werden mit 4-Punkte Skala bewertet (4 Kompetent; 3Fragwürdig; 2 ineffektiv; 1 defizitär). AMPS Cut-off Punkt durch eine Rasch Analyse definiert. <ol style="list-style-type: none"> 1. AMPS Beobachtung: 1-15 Tage vor Austritt aus Spital 2. AMPS Beobachtung: 5- 29 Tage nach Austritt (zu Hause) + SAFER Einstufung SAFER: 29 der 97 Items ausgesucht (alles Items die mit kognitivem Defizit zu tun haben) Bewertungsskala: Problemitem (0P.), kein Problemitem (1P.), je höher die Punktezahl, desto kleiner das Sicherheitsrisiko zu Hause. <ul style="list-style-type: none"> • Bestimmen der Stärke der Voraussagensvalidität (predictive Validity) zwischen dem AMPS und dem SAFER durch Generierung des Pearson's Korrelations Koeffizient. • Identifizierung der Sensitivität, Spezifität und allgemeine prognostische Werte (Formeln nach Portney & Watkins, 2000)
Outcome	Vorraussagensvalidität (AMPS, SAFER) der einzelnen Skalen im mittleren Bereich, Pearson's Coefficient = < 0.67 Werden beide Skalen (Motorische/Prozessbezogene) gemeinsam betrachtet, liegt der Pearson's Coefficient bei = 0.75 (zu Hause)/ 0.73 (in der Klinik). Sensitivität; Spezifität; Progn. Werte der Prozess Skala zu Hause durchgeführt= 78%; 82%; 80% Sensitivität gesamte Skala(zu Hause; Klinik) = 78%; 78% Spezifität gesamte Skala(zu Hause ; Klinik) = 73%; 64% Allgemeine Prognostische Werte (zu Hause; Klinik)= 75%; 70%
Notizen	Möchte eine Therapeutin die allgemeine Sicherheit eines Klienten zu Hause bestimmen, wählt sie gemäss dieser Studie die ADL Prozess Skala und führt die Beobachtung im Zuhause des Klienten durch um die zuverlässigste Aussage machen zu können.

Tabelle 5 Hauptstudie Meritt (2011)

Ziel & Methode	Retrospektive, kriteriums-basierte Validation des Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) um den Selbstständigkeitsgrad von verschiedenen Diagnosegruppen zu Hause zu definieren. Eruiierung der Area under the curve durch eine ROC Kurven Analyse.
Teilnehmer	64'466 Gespeicherte Daten auf der AMPS Datenbank zwischen 1999-2005. Einschlusskriterien: < 16 Jahre, nur von einem Rater gemessen, keine Messfehler, Geschlecht, Alter und Niveau des globalen Funktionierens bekannt. Männer (42.9%); Frauen (57.1%); aus Nordamerika, Grossbritannien, Nordischen Ländern, Europäischen Ländern, Neuseeland, Australien und Asien stammend. Globale Diagnosekategorien: Gesund, Risiko, schwache ältere Menschen, leichte Lernschwäche, Neurologische Probleme, Entwicklungsverzögerung, andere neurologische Beschwerden, Schlaganfall (hemisphärisch), Muskuloskeletale Beschwerden, Medikamentös, Psychische Störung, Demenz , andere Gedächtnisstörungen, andere Diagnosen.
Intervention	AMPS: Ergotherapeut beobachtete den Klienten bei mind. zwei standardisierten Aktivitäten aus AMPS Users Manual und bewertete die 16 Motorischen Items und die 202 Performanz Items mit der vier Punkte Skala. AMPS Cut-off Punkt definiert (Rasch Analyse) Selbstständigkeitsgrad zu Hause: AMPS Globales Niveau des Funktionieren durch Ergotherapeut/in (AMPS Kurs und Kalibrierung) aufgrund Expertenbeurteilung eingeschätzt in die drei Gruppen: selbstständig; minimale Unterstützung; mittlere Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • zwei Einzelfaktoriellen ANOVA's um die Grösse des Effektes für die motorische und die prozessbezogene Skala zu eruiieren. • ROC Kurven Analyse mit seiner Area under the curve (AUC) um zu bestimmen ob der AMPS Cut-off Punkt die Testpersonen richtig in die 3 Gruppen selbstständig; min. Unterstützung; mod. Unterstützung einteilen kann • Anpassung des Cut-off Punktes → Analyse der Sensitivität und Spezifität mit der das AMPS den Bedarf an Unterstützung zu Hause erkennen kann.
Outcome	Wenn die Testpersonen in den Motorischen Fertigkeiten und in den Prozessbezogenen Fertigkeiten (in beiden zusammen) unter oder oberhalb des Cut-offs waren, gab es eine Übereinstimmung von 85% richtig klassifizierten selbstständigen Personen und 83% Übereinstimmungen bei den Personen die Unterstützung benötigen. Lagen die beiden Messungen einmal oberhalb und einmal unterhalb des Cut-offs, wurde mit der Prozess Skala 80% der Selbstständigen und 70% der Menschen die Unterstützung benötigen richtig klassifiziert. Nicht bei allen Diagnosekategorien war die Prozessbezogene Skala präziser als die Motorische.
Notizen	Das motorische und das prozessbezogene ADL Fertigkeitmessinstrument haben beide eine klinische Relevanz um als Indikatoren für den Bedarf an Unterstützung um in der Gemeinde zu leben dienen zu können.

3.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hartman et al. (1999) statuieren, dass die motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten signifikant sinken, wenn das Level des Funktionierens von Menschen mit Alzheimer Demenz sinkt. Zudem steigt die Zahl der Menschen die sich unter dem AMPS cut-off Punkt (→Glossar) befinden signifikant, wenn der allgemeine Level des Funktionierens abnimmt. Die Performanz Skala des AMPS erkennt den Selbstständigkeitsgrad von älteren Menschen mit und ohne Demenz laut Hartmann et al. (1999) empfindlicher als die motorische Skala.

Die Sensitivität des AMPS, um die allgemeine Sicherheit des Klienten mit psychischer Krankheit und einhergehenden kognitiven Defiziten betragen gemäss Cooper- McNulty und Fisher (2001) 78% zuhause und in der Klinik durchgeführt, die Spezifität betrug zu Hause 73% und in der Klinik 64%. Die allgemeine Vorrassagenstärke des AMPS liegt für das gesamte Assessment bei 75% und in der Klinik 70%. Wird die Vorrassagenskraft nur für die Prozessskala gemessen, liegt diese in der Klinik bei 65% und zuhause bei 80%.

Lag die Testperson in den Motorischen Fertigkeiten und in den Prozessbezogenen Fertigkeiten (in beiden zusammen) unter oder oberhalb des Cut-offs, gab es eine Übereinstimmung von 85% richtig klassifizierten selbstständigen Personen und 83% richtig klassifizierte Personen die Unterstützung benötigen (Meritt, 2011).

Die Informationen über den Grad der Selbstständigkeit von Menschen, die an Demenz leiden, die eine Ergotherapeutin durch den AMPS bekommt, kann sie in der Abschätzung des Grades an Unterstützung die ihr Klient der an Demenz leidet benötigt, unterstützen (Hartman et al., 1999). Der AMPS hat eine klinische Relevanz um als Indikator für den Bedarf an Unterstützung um in der Gemeinde zu leben dienen zu können (Meritt, 2011).

3.2 Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD)

Das IDDD wurde 1988 in Form eines Interviews von Saskia Teunisse und Mayke M.A. Derix in den Niederlanden entwickelt (Teunisse & Derix, 1997). Das Assessment wurde zwei Jahre später in die heutige Papier und Bleistift Version umgewandelt. Die Notwendigkeit eines Assessments um die Schwierigkeiten von zu Hause lebenden Menschen die an einer Demenz leiden zu evaluieren und die Outcomes einer Gedächtnisklinik durch Angehörige zu messen, bilden den Theoretische Hintergrund des IDDD.

Das IDDD ist ein Fragebogen, der durch die Angehörigen, Betreuungspersonen oder medizinischem Personal ausgefüllt werden kann, um die Initiative für Alltagsaktivitäten, sowie der quantitative Anteil der Performanz von Alltagsaktivitäten zu eruieren (Teunisse & Derix, 1997). Ziel ist die Erfassung von ADL und IADL Fertigkeiten von Menschen, die an einer Demenz leiden. Das IDDD ist ein spezifisch für demenzleidende Menschen entwickeltes Messinstrument in der Form eines strukturierten Fragebogens.

Das IDDD umfasst zwei Teile. Teil eins umfasst 9 Fragen, welche die Initiative für Alltagsaktivitäten erfasst, es werden grundlegende Alltagsaktivitäten wie beispielsweise „sich waschen“ und anspruchsvollere Alltagsaktivitäten wie „die Finanzen regeln“ oder „eine einfache Mahlzeit zubereiten“ bewertet (Voigt-Radloff et al., 2012). Die Bewertung erfolgt durch die Einstufung in: „Die Patientin ergreift nie (0 Punkte); selten (1 Punkt); manchmal (2 Punkte); oft (3 Punkte); immer (4 Punkte); die Initiative“, dabei ist auch ein „weiss nicht“ möglich, es kann eine Punktezahl zwischen 0- 36 Punkte erreicht werden, wobei eine höhere Punktezahl eine höhere Initiative bedeutet(→ Anhang H). Die Initiative kann gemäss Teunisse und Derix (1997) darin gesehen werden, ob die Person versucht Tätigkeiten auszuführen oder von sich aus um Hilfe bittet.

Der zweite Teil des Assessments konzentriert sich auf die Ausführung von Alltagsaktivitäten, hierbei wird bei elf Alltagsaktivitäten bewertet ob die Person „nie (4 Punkte); selten (3 Punkte); manchmal (2 Punkte); oft (1 Punkt); immer (0 Punkte); Hilfe benötigt (Voigt-Radloff et al. 2012). Hier ist auch ein „nie selber getan“ möglich, wenn die Person diese Aktivität auch vor der Erkrankung nicht selber ausgeführt hat.

Es kann hier eine Punktzahl zwischen 0- 44 erreicht werden, wobei eine höhere Punktezahl bedeutet, dass die Person mehr Unterstützung im Alltag benötigt. Die Aktivitäten in Teil zwei sind durch eine Erklärung der Teilschritte ergänzt, ein Beispiel dafür ist „sich waschen“, dazu gehört das Finden der Seife, des Waschlappens und des Handtuches; das Bedienen des Wasserhahns, sowie das Waschen und Abtrocknen des Körpers (→ Anhang H).

Zur Durchführung des IDDD wird der zweiseitige *Fragebogen* benötigt (Voigt-Radloff et al., 2012). Die Person, welche den Fragebogen ausfüllt, sollte den Erkrankten regelmässig in seinem Alltag erleben und benötigt laut Voigt-Radloff et al. (2012) Motivation, genügende kognitive Fähigkeiten und Gewissenhaftigkeit um die Bewertung machen zu können. Die Durchführungs- und Auswertungsdauer beträgt laut Böhm et al. (1998) für die spanische Version 15-20 Minuten, dies bestätigt auch Voigt-Radloff (Persönliche Kommunikation, 14. März, 2013) für die deutsche Version.

3.2.1 Einordnung ins MOHO

Die Initiativskala des IDDD erhebt die Volition die der Klient für die Aktivität aufbringt. Die Volition stellt im MOHO einen personenbezogenen Faktor dar. Bei der Skala der Ausführung von Alltagsaktivitäten kann die Habituation, die einen weiteren personenbezogenen Faktor des MOHO darstellt, durch die mögliche Aussage „war nie wichtig“ berücksichtigt werden. Dabei wird darauf geachtet, dass ein Klient nicht für etwas bewertet wird, was nie zu seinen Gewohnheiten und Routinen gehört hat. Die soziale Umwelt wird stark miteinbezogen, da das Assessment von einer nahen Betreuungsperson oder Angehörigen des Erkrankten bewertet wird.

3.2.2 Zusammenfassungen der Studien

Die Zusammenfassungen der Studien für die Validität und die Reliabilität die für das IDDD gefunden wurden werden in den nachfolgenden Tabellen dargestellt.

Tabelle 6 Hauptstudie Teunisse & Derix 1997

Ziel & Methode	Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD): Die Studie erforscht die Interrater Reliabilität des IDDD zwischen der primären und sekundären Betreuungsperson von Menschen die an einer Alzheimer Demenz litten anhand generierung der Intraclass Korrelations Koeffizienten (ICC's)
Teilnehmer	<p>Rater: 25 Paare (Primäre und Sekundäre Betreuungsperson)</p> <p>Klienten: 25 Personen die an einer leichten Demenz leiden und noch zu Hause wohnen.</p> <p>80% der Klienten waren Frauen und alle Klienten hatten die Diagnose Alzheimer Demenz.</p> <p>Primäre und sekundäre Betreuungspersonen unterschieden sich im Alter, in ihrer Beziehung zur Person die an Demenz litt und ihrer Lebenssituation. Die primären Betreuungspersonen waren älter, öfter bei den Klienten und lebten mehrheitliche im selben Haushalt wie der Klient.</p>
Intervention	Das IDDD wurde zuerst von der ersten Betreuungsperson bewertet welches in derselben Woche noch von einer zweiten Betreuungsperson bewertet wurde. Um die Inter-Rater Reliabilität zu testen, wurden Intraclass Korrelationskoeffizienten generiert.
Outcome	<p>Inter Rater Reliabilität</p> <p>Die ICC's für die einzelnen Items der Initiativskala waren mit der Ausnahme der Initiative zur Morgentoilette (sich die Haare kämmen und Zähne putzen) > .55 bis < .77</p> <p>Die ICC Wert für die gesamte Initiativskala war .85 → absolute Übereinstimmung</p> <p>Die ICC's für die einzelnen Items der Performanzskala reichten von > .48 bis < .96 mittelmässig bis absolute Übereinstimmung</p> <p>Der ICC Wert für die gesamte Performanz Skala war .74 → beachtliche Übereinstimmung</p>
Notizen	Die Ergebnisse sind eindrücklich, wenn man bedenkt das 50 unterschiedliche Betreuungspersonen, welche jeweils unterschiedlich viel Zeit mit dem Klienten verbringen und alle untrainierte Beobachter waren eine solche Inter Rater Reliabilität zeigen.

Tabelle 7 Hauptstudie Voigt-Radloff et al. (2012)

Ziel & Methode	Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD): Deutsche Übersetzung (Sousa & Rojjanasrirat, 2010) Konkurrente Validität (Pearson Korrelations Koeffizient) Konstrukt Validität (Faktorenanalyse) Interne Konsistenz (Cronbach's alpha)
Teilnehmer	Deutschland (WHEDA und ERGODEM RCT) 301 Personen leichte bis mittelgradige Demenz Alzheimer, gemischte Form und vaskuläre Demenz MMSE zwischen 10-24 Zu Hause lebend mit Bezugsperson die mind. 2x pro Woche anwesend ist Ausschlusskriterien: un stabile Medikation, stark auffälliges Verhalten
Intervention	Vorwärts und rückwärts Übersetzung des IDDD von der Originalversion (holländisch) ins Deutsche Pilot Testung (301 Angehörige welche das Assessment ausgefüllt haben, 14 Rater die je 21 Assessments ausgewertet haben) Psychometrische Testung (Deskriptive Statistik, Konstruktvalidität, Interne Konsistenz und Konkurrente Validität)
Outcome	Identische deutsche Version zur Holländischen Originalversion Interne Konsistenz: Performanz 0.878; Initiative 0.764 Konstruktvalidität: durch Faktorenanalyse aus einem 2 faktoriellen Modell ein 4 Faktoren Modell entwickelt Konkurrente Validität: keine Korrelation mit MMSE und ADAS-cog, und PRPP ($r < 0.16$); minime Korrelation mit ADCS-ADL ($r < 0.23$)
Notizen	Deutsche Version des IDDD verfügbar.

3.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Intraclass Korrelations Koeffizienten (→Glossar) lagen für die gesamte Initiativskala bei 0.85 und bei der Ausführungsskala 0.74 (Teunisse und Derix 1997). Die Konstruktvalidität und die Interne Konsistenz des IDDD sind gemäss Voigt-Radloff et al. (2012) für Menschen, die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden gut. Bei der Konkurrenten Validität zeigt das IDDD (deutsche Version) grundlegende Unterschiede im Konstrukt zu MMSE, ADAS-cog, PRPP und ADCS-ADL. Es konnte also mit den aufgeführten demenzorientierten Assessments keine konkurrente Validität gefunden werden. Eine valide deutsche Version des IDDD ist verfügbar. Das IDDD kann die Erfolge von nichtmedikamentösen Behandlungen messen und somit zur Stabilisierung von familiären Aktivitäten für Menschen, die an Demenz leiden beitragen (Voigt-Radloff, 2012).

3.3 The Perceive Recall Plan and Perform Assessment (PRPP)

Das PRPP wurde von den zwei australischen Ergotherapeutinnen Chapparo und Ranka entwickelt (Chapparo & Ranka, 1996). Der theoretische Hintergrund des Assessment basiert auf dem Occupational Performance Model Australia (OPM(A)) und Theorien zur Aktivitätsanalyse und Informationsverarbeitung (Busch, Prinbaum & Weise, 2007).

Das PRPP ist ein standardisiertes Beobachtungsinstrument, welches die Ergotherapeutin dahingehend unterstützt, um Menschen mit kognitiven Problemen in der Ausführung von Alltagsaktivitäten zu beobachten, zu beschreiben und eine klientenzentrierte Behandlung zu planen (Chapparo & Ranka, 1996). Ziel ist es die Performanz in Alltagsaktivitäten zu überprüfen. Die Ergotherapeutin wird dabei laut Chapparo und Ranka (1996) beim Beschreiben des kognitiven Anteils von Betätigungsproblemen unterstützt, um Betätigungsrollen, Betätigungsrouinen und Betätigungsaufgaben zu evaluieren. Das PRPP ist für Kinder und Erwachsene, unabhängig von Kultur und Behinderung oder Krankheit anwendbar. Es kann in verschiedenen Settings wie Zuhause, im Spital, in der Schule oder bei der Arbeit von einer verantwortungsvollen Ergotherapeutin durchgeführt werden.

Die Klientin kann die Aktivität individuell nach Bedürfnis gemeinsam mit der Ergotherapeutin auswählen (Busch et al. 2007). Das Assessment wird in zwei Stufen unterteilt, Stage 1 und Stage 2 (Busch et al., 2007). Bei Stage 1 des PRPP (→ Anhang H) wird die Alltagsaktivität in seine Haupthandlungsschritte unterteilt, um die Performanz Probleme zu identifizieren. Die Bewertung erfolgt durch die Identifizierung der Fehler. Es werden vier Fehlerarten genannt: Richtigkeitsfehler, Wiederholungsfehler, Auslassungsfehler und Zeitfehler. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt in der Dokumentation und Auswertung aller richtig ausgeführten Teilschritten und Fehlern. Die Auswertung erfolgt in Prozenten, welche jedoch nicht mit anderen Personen verglichen werden kann, da keine Standardisierung der Aktivitäten vorhanden ist. Jedoch können bei Wiederholung des Assessments bereits sehr feine Veränderungen in der Performanz des Klienten erfasst werden und es kann eruiert werden, wie sehr die Realität von der Erwartung, dem Wunsch oder der Notwendigkeit entfernt ist.

Stage 2 fokussiert auf den kognitiven Anteil der Performanz. Die in Stage 1 identifizierten Fehler werden anhand der vier Quadranten *Wahrnehmen* (Perceive), *Erinnern* (Recall), *Planen* (Plan), *Ausführen* (Perform) analysiert. Jeder Quadrant wird in je 3 Subquadranten unterteilt, wobei jeder Subquadrant nochmals 2-3 Deskriptoren beinhaltet (Anhang H).

Zur Durchführung des Assessments werden der *PRPP System Analysebogen*, das *PRPP Users Manual*, sowie eine Videokamera (empfohlen) benötigt (Busch et al., 2007). Stage 1 kann ohne Kurs durchgeführt werden, für Stage 2 muss die Ergotherapeutin einen 5-tägigen Kurs bei den Gründerinnen absolvieren, um das Assessment anwenden zu können (Busch et al., 2007). Die Durchführungs- und Auswertungsdauer variiert je nach Vertrautheit mit dem Assessment (Bürki, 2012). Im Schnitt werden circa 30 Minuten für ein Vorbereitungsgespräch und circa 45 Minuten (je nach Aktivität) für die Durchführung, sowie ca. 60 Minuten für die Auswertung benötigt (Bürki, 2012).

3.3.1 Einordnung ins MOHO

Das Assessment überprüft die im MOHO unter den Personenbezogenen Faktoren eingeordneten Performanzfertigkeiten. Dabei kann die Habituation, respektive Routinen und Gewohnheiten des Klienten stark miteinbezogen werden, durch die freie Wahl der zu beobachtenden Aktivität. Dies bedeutet auch, dass das Assessment unabhängig von Kultur durchgeführt werden kann. Die räumliche und materielle Umwelt kann in der Klinik durch Anpassung der Materialien und Geräte der natürlichen Umwelt des Klienten angepasst werden. Wird das PRPP beim Klienten zu Hause durchgeführt, so wird die Umwelt stark miteinbezogen.

3.3.2 Zusammenfassung der Studie

Die gefundene Studie des PRPP, welche die Reliabilität überprüft wird in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 8 Hauptstudie Steultjens, Voigt-Radloff, Leonhart & Graff (2012)

Ziel & Methode	Die Inter- Rater Reliabilität des Perceive, Recall, Plan, Perform Assessment überprüfen anhand Generierung der ICC's.
Teilnehmer	Klienten 28 Personen leichter bis mittelgradiger Demenz aus Deutschland Alzheimer (mean MMSE:20, SD 2.5; mean IDDD 14, SD 10.5) gemischte Form und vaskuläre Demenz Zu Hause lebend mit Bezugsperson die mind. 2x pro Woche anwesend ist Ausschlusskriterien: un stabile Medikation, stark auffälliges Verhalten Therapeuten 25 Holländische ErgotherapeutInnen (24 besuchten den PRPP Kurs innerhalb der letzten 3 Jahre, 1 Person besuchte den Kurs vor 11 Jahren)
Intervention	Therapeut und Studienteilnehmer wählen 2 Aktivitäten aus Set von 29 Aktivitäten aus. 25 Rater (5 tägiger PRPP Kurs absolviert) bekommen individuelles Set an 12 verschiedenen Videos <ul style="list-style-type: none"> • Jedes der 30 Videos wurde 10 „geratet“; 300 vergleichbare Ratings • Rating Stage 1 (Fehleridentifizierung bei der Beobachtung von Alltagsaktivität) • Stage 2 (Kognitive Komponente der beobachteten Situation identifizieren) des PRPP • Generierung der Intraclass Correlation's Coefficient (ICC's)
Outcome	Stage 1: ICC's für den einzelnen Rater gut (0.63); für die gesamte Test Reliabilität exzellent (0.94) Stage 2: ICC's für den einzelnen Rater mittelmässig (0.46) für die gesamte Test Reliabilität exzellent (0.90)
Notizen	Die Studie wurde mit der holländischen Originalübersetzung aus der englischen Version durchgeführt. Eine deutsche Version ist noch nicht verfügbar.

3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine konkurrente Validität zum MMSE wurde gefunden (Voigt-Radloff et al., 2012). Steultjens et al.(2012) bestätigen eine genügende Interrater Reliabilität des PRPP für Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden. Die Reliabilitäts Resultate von Stage 1 des PRPP zeigen die Stärke des Instruments um die individuellen Performanzfertigkeiten von Menschen mit Demenz, welche zu Hause leben, zu messen. Die ICC's für Stage 1 betragen 0.63 für den einzelnen Rater und 0.94 für die gesamte Test Reliabilität. Die ICC's für Stage 2 betrug 0.46 für den einzelnen Rater und 0.90 für die gesamte Test Reliabilität.

Das PRPP (Stage 1 & 2) ist ein wichtiges Instrument für ErgotherapeutInnen um Menschen, die an einer leichten Demenz leiden und zu Hause leben zu behandeln.

3.4 Übersicht der Assessments im Model of Human Occupation

In der folgenden Tabelle wird eine Übersicht über die Assessment im MOHO aufgezeigt.

Tabelle 9 Übersicht der Assessment im Model of Human Occupation

MOHO Bereich	AMPS	IDDD	PRPP	
Person	Volition (Interessen, Selbstbild und Werte)	Volition wird nicht erfasst.	Volition wird erfasst. Initiative des Klienten für ADL/IADL	Volition kann nicht erfasst werden.
	Habitation (Gewohnheiten und Rollen)	Wahl der Aktivität aus vorgegebenen Aktivitäten	Keine Wahl der Aktivität. „niemals selber ausgeführt“ kann angekreuzt werden.	Freie Wahl der Aktivität
	Performanz (motorische, prozessbezogene und kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten)	Qualität der Performanz wird durch Motorische und Prozessbezogene Skala erfasst.	Keine Erfassung der qualitativen Performanz. Nur die quantitative Performanz wird erfasst.	Erfassung der Qualitativen Performanz durch die Deskriptoren des Stage 2.
	Soziale	Soziale Umwelt wird nicht miteinbezogen.	Soziale Umwelt wird durch Betreuungsperson stark miteinbezogen.	Soziale Umwelt wird nicht miteinbezogen.
Umwelt	Kulturelle	Kultur kann leicht miteinbezogen werden.	Kultur kann nicht miteinbezogen werden.	Kultur kann stark miteinbezogen werden.
	Physische	Physische Umwelt kann stark miteinbezogen werden.	Physische Umwelt kann stark miteinbezogen werden.	Physische Umwelt kann stark miteinbezogen werden.
Quellen	Kielhofner, 2008	Fisher, 2010	Teunisse & Derix, 1997	Chapparo & Ranka, 1996

4 Diskussion

In der Diskussion werden nun die Ergebnisse aus den Hauptstudien aufgeführt und die Testgütekriterien kritisch beurteilt. Ein Bezug zur Fragestellung wird hergestellt und anschliessend wird der Theorie- Praxis Transfer aufgezeigt. Da für jedes Assessment unterschiedliche Testgütekriterien bestehen, und sich die Assessments in ihrem Aufbau stark unterscheiden, können die Gütekriterien nicht untereinander verglichen werden. Eine Übersicht der Bedeutung der Testgütekriterien kann im Anhang nachgeschaut werden (→Anhang C).

4.1 Beurteilung der Validität und der Reliabilität

4.1.1 Assessment of Motor and Process Skills

Die prognostische Validität (predictive Validity) ist ein Bereich der Kriteriumsvalidität. Es soll dabei den Grad der Übereinstimmung zwischen der Messung eines Konzepts heute und der Messung des gleichen Konzepts in der Zukunft aufzeigen (Lobiondo & Haber, 2005). Die prognostische Validität wurde von Cooper-Mc Nulty und Fisher (2001) für das AMPS und die globale Sicherheit der Klienten zu Hause erforscht. Dafür wurde das AMPS mit einer angepassten Form des SAFER Assessment (→Glossar) verglichen und es konnte des Pearson's Korrelationskoeffizienten eine Übereinstimmung von 0.73 (in der Klinik) und von 0.75 (zu Hause) erreicht werden. Die Korrelation für diese Messung liegt aufgrund des Zeitabstands gewöhnlich etwas niedriger (Lobiondo & Haber, 2005). Die Autorin stuft die Werte deshalb als genügend ein.

Die Richtigkeit der Klassifikation von Klienten durch ein Assessment kann anhand der Sensitivität und Spezifität eingestuft werden (Faller, 2005). Sie bilden Kennwerte, ob eine Problematik (hier: Unsicherheit zu Hause) „tatsächlich vorhanden ist“. Die Sensitivität gibt an, wie viel Prozent der Klienten, welche an der Problematik leiden (Unsicher zuhause), richtig klassifiziert werden. Die Spezifität gibt an, wie viel Prozent der Klienten, welche nicht an der Problematik leiden (Sicher zu Hause), richtig klassifiziert werden. Dabei ist es wichtig, dass sowohl die Sensitivität, wie auch die Spezifität hoch sind (Faller, 2005). Mit einer Sensitivität von 78% und einer Spezifität von 73% beim Klienten zu Hause durchgeführt, weist der AMPS gute Werte auf (Cooper McNulty & Fisher, 2001). Mit dem AMPS können sowohl

Menschen mit einem erhöhten Sicherheitsrisiko erkannt werden, sowie auch Menschen, die kein erhöhtes Sicherheitsrisiko zu Hause haben.

Auch Meritt (2011) untersuchte die Voraussagekraft des AMPS um das globale Niveau des Funktionierens und den Grad an Unterstützung in der Gemeinde zu definieren. Für Menschen die an einer Demenz leiden definierte sie durch eine ROC Analyse (→Glossar) die Area under the curve. Dies sind mit 0.78 für die motorische Skala und mit 0.92 für die prozessorientierte Skala gute bis exzellente Resultate (Pernecky et al., 2006).

Hartman et al. (1999) fand signifikante Werte, dass das AMPS genügend empfindlich ist, um Personen die an Demenz leiden zu identifizieren.

Für den AMPS wurde keine Reliabilitätsstudie gefunden, welche spezifisch auf Menschen die an einer Demenz leiden abzielt. Jedoch wird durch die „Rater Kalibrierung“ (→Glossar), welche Teil der Ausbildung des AMPS ist, gemäss Fisher und Jones (2010) eine reliable Rater Wertung ermöglicht.

4.1.2 Interview for Deterioration in Daily activities in Dementia

Die interne Konsistenz zeigt auf, inwiefern die Items eines Assessments aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig ergänzen (Lobiondo & Haber, 2005). Die interne Konsistenz ist ein Gütekriterium der Reliabilität und zeigt wie hoch die Homogenität eines Tests ist (Lobiondo & Haber, 2005).

Für die Performanz Skala des IDDD konnte ein Cronbach's alpha (→Glossar) Wert von 0.878 ermittelt werden und für die Initiativ Skala ein Wert von 0.764 (Voigt-Radloff et al., 2012). Lobiondo und Haber (2005) bestätigen, dass ein Cronbach's alpha Wert ab 0.80 eine sehr gute interne Konsistenz bedeutet.

Die Konstruktvalidität überprüft, ob die Items unter dem jeweiligen Faktor das gleiche Konstrukt messen (Lobiondo & Haber, 2005).

Dies wurde durch die Umwandlung eines 2- Faktoren Modell in ein 4- Faktoren Modell generiert (Voigt-Radloff et al., 2012). Im 2- Faktoren Modell werden die beiden Skalen der Initiative und der Ausführung einzeln bewertet welche jedoch eine zu schwache Konstruktvalidität erreichten. Um höhere Werte der Konstruktvalidität zu erhalten wurden jeweils die Initiativ Skala und die Performanz Skala in die beiden Faktoren „grundlegende ADL“ und „IADL“ geteilt (Voigt-Radloff et al. 2012). Damit

konnten Cronbach's alpha Werte über 0.80 generiert werden, welche gemäss Kline (1998) akzeptable Werte für eine Faktorenanalyse darstellen.

Bei der konkurrenten Validität (Übereinstimmungsvalidität) zeigt das IDDD (deutsche Version) grundlegende Unterschiede im Konstrukt zu MMSE, ADAS-cog, PRPP und ADCS-ADL (Voigt-Radloff et al.). Die Pearson Korrelationskoeffizienten (→Glossar) liegen alle zwischen -0.05 und -0.23, wobei laut Burns und Grove (2005) Werte Nahe bei 0 keine Korrelation aufzeigen und Werte Nahe bei 1 oder -1 eine hohe Korrelation bedeuten. Das IDDD zeigt somit minime bis gar keine Korrelation mit den aufgelisteten Assessments. Keine Korrelation mit anderen Assessments zu haben muss nicht zwingend als schlecht bewertet werden. Es wird jedoch aufgezeigt, dass nicht erwartet werden kann, dass jemand beispielsweise im MMSE einen sehr niedrigen Wert erreicht, er auch im IDDD einen niedrigen Wert erreichen wird, da die beiden Assessment ein grundlegend anderes Konstrukt messen. Die Ursache dessen könnte sein, dass das IDDD Alltagsaktivitäten misst und der MMSE rein kognitive Fähigkeiten wie zeitliche und räumliche Orientierung und Gedächtnisfunktionen.

Das IDDD zeigt gemäss Teunisse und Derix (1997) eine hohe Inter Rater Reliabilität zwischen primärer und sekundärer Betreuungsperson. Hier liegen die Intraclass Korrelationskoeffizienten (ICC's) bei 0.85 für die Initiativskala und 0.74 für die Performanzskala. Landis und Koch (1977) statuieren, dass ICC's von 0.60 – 0.79 als sehr gut und Werte über 0.80 als absolute Korrelation gelten. Diese Ergebnisse müssen laut Burns und Grove (2005) kritisch angeschaut werden. Sie gehen davon aus dass ein ICC's von unter 0.80 ernsthafte Zweifel an der Reliabilität aufwirft und ein ICC von 0.90 anstrebenswert ist. Die Autorin sieht in diesem Ergebnis trotzdem eine Stärke des Assessments. Obwohl die Rater in Erfassungsinstrumenten unerfahrene Bezugspersonen waren, war die Übereinstimmung genügend. Das IDDD enthält klare und verständliche beschriebene Items, welche von den Bezugspersonen sehr übereinstimmend verstanden werden.

4.1.3 Perceive, Recall Plan and Perform Assessment

Gemäss Voigt-Radloff et al. (2012) wurde mit einem Pearson's Korrelations Koeffizienten von 0.37 eine positive Korrelation des PRPP zum MMSE bestätigt. Das heisst, dass das PRPP mit dem MMSE eine leichte konkurrente Validität aufweist.

Diese Erkenntnisse lassen darauf schliessen, dass die beiden Assessments ein ähnliches Konstrukt messen und deshalb nebeneinander verwendet werden können. Es besteht bisher keine weitere Validität des PRPP für Menschen die an Demenz leiden. Eine genügende Konstruktvalidität des PRPP für Menschen die an einer Hirnverletzung leiden, konnte durch Nott, et al. (2011) ermittelt werden. Dies legt die Annahme nahe, dass eine solche auch für Menschen die an Demenz leiden besteht. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Notwendigkeit einer Konstruktvaliditätsstudie des PRPP für Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden hervorruft. Sikkes, de Lange-de Klerk, Pijnenburg, Scheltens und Uitdehaag (2009) statuieren, dass die Validierung eines Messinstrument ein langer Prozess ist und sich die Validität durch die Generierung neuer Studien verbessern kann.

Auch für das PRPP wurde die Inter- Rater Reliabilität durch Intraclass Korrelationskoeffizienten (ICC's) generiert. Diese wurden für den einzelnen Rater, sowie für die Test Reliabilität, das heisst für die einheitliche Nutzung der Standardisierungskriterien der Aufgaben durch die Rater, berechnet. Gemäss Steultjens et al. (2012) konnte eine genügende Inter- Rater Reliabilität für Menschen, die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden gefunden werden, welche für Stage 1 einen ICC's von 0.63 für den einzelnen Rater und 0.94 für die Test Reliabilität betragen. Die Übereinstimmung zwischen den Bewertern des PRPP ist somit für Stage 1 sehr gut bis absolut. Auch für Stage 2 wurden ICC's generiert (Steultjens et al., 2012), diese betragen für den einzelnen Rater 0.46, welches eine gute Korrelation bedeutet und für die Test Reliabilität 0.90, welches eine absolute Korrelation bedeutet (Landis & Koch, 1977).

4.2 Beurteilung der Praktikabilität

Die Praktikabilität der Assessments wird in folgender Tabelle gemeinsam mit einer Übersicht der Validität und Reliabilität, gemäss den Kriterien von Fawcett (2007), aufgelistet. Die Kursiv gedruckten Anmerkungen sind Interpretationen der Autorin.

Tabelle 10 Übersicht der Testgütekriterien

Gütekriterien	AMPS	IDDD	PRPP	
Validität und Reliabilität	Validität	Prognostische Validität, Sensitivität und Spezifität ^{1,2,3}	Konstruktvalidität Interne Konsistenz ¹	Leichte konkurrente Validität zum MMSE ¹
	Reliabilität	Reliabel durch Raterkalibrierung ⁴	Reliabel zwischen primärer und sekundärer Betreuungsperson ²	Reliabel zwischen mehreren Bewertern ²
Praktikabilität Laut Fawcett (2007)	Kosten (Kurs, Materialien)	<i>Teuer</i> Ca. 910-1110 Euro ⁵	<i>Kostenlos</i> ³	<i>Mittel</i> Ca. 500 Euro ³
	Zeitfaktor (Vorbereitung, Durchführung und Auswertung)	<i>Mittel</i> 30-60 Minuten für Durchführung und Auswertung ⁶	<i>Kurz</i> Ca. 15-20 Minuten für Ausfüllen und Auswerten ³	<i>Aufwändig</i> 30 Minuten Vorbereitungs-, 45 Minuten Durchführung und bis zu 60 Minuten Auswertung ³
	Handhabbarkeit (Materialien, Werkzeug, Möbelierung)	<i>Mittel</i> Beurteilungsbogen, Users Manual, Computersoftware, Einrichtungen ⁴	<i>Leicht</i> Beurteilungsbogen, Schreibwerkzeug	<i>Mittel</i> Beurteilungsbogen, Users Manual, Videokamera, Einrichtungen ⁴
	Voraussetzung	<i>Anspruchsvoll</i> 5-tägiger Kurs; vier monatige Kalibrierung ⁴	<i>Anspruchsvoll</i> Motivation, genügend kognitive Fertigkeiten und Gewissenhaftigkeit ¹	<i>Mittel</i> Für Stage 2: 5-tägiger Kurs bei den Gründerinnen ³
	Akzeptanz	<i>Gut</i> International und national oft verwendet ⁴	<i>Mittel</i> <i>International gut, In der Schweiz eher unbekannt</i>	<i>Gut</i> International und national verwendet ⁴
Quellen	Quellen mit Fussnoten, fortlaufend pro Spalte	1Meritt, 2011	1Voigt- Radloff et al., 2012	1Voigt- Radloff et al., 2012
		2Cooper- McNulty & Fisher 2001	2Teunisse und Derix, 1997	2Stultjens et al., 2012
		3Hartman et al., 1999	3Voigt- Radloff (Persönliche Kommunikation, 14. März, 2013)	3Bürki, 2008
		4Fisher & Jones, 2010		4Busch et al., 2007
		5Bürki, 2008		
		6Kielhofner, 2008		

4.3 Validität und Reliabilität im Bezug zur Fragestellung

Ein wichtiges Kriterium zur evidenzbasierten Anwendung eines Assessments in der Praxis ist die Überprüfung der Testgütekriterien auf jede spezifische Diagnosegruppe (Lobiondo & Haber, 2005). Steultjens et al. (2012) sowie Böhm et al. (1998) wählten für ihre Gütekriterienstudien des IDDD genügend grosse Stichproben an Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden und zu Hause leben. Auch Voigt-Radloff et al. (2012) wählten für ihre Reliabilitätsstudie des PRPP die erwähnte Population. In den Studien von Voigt-Radloff et al. (2012) und Steultjens et al. (2012) stammten die Erkrankten zudem aus Deutschland, was einen Übertrag auf die Schweiz sehr wahrheitsgetreu macht. Diese Voraussetzungen stellen einen optimalen Bezug der Resultate Population der Fragestellung sicher.

Beim AMPS zielte nur die Studie von Hartman et al. (1999) spezifisch auf Menschen, die an einer Demenz leiden ab. Es wurde überprüft, wie genau das AMPS die Unterschiede zwischen unabhängigen Menschen, Menschen die an einer leichten Demenz leiden und Menschen, die an einer moderaten Demenz leiden, erkennen kann. Die Ergebnisse können also auch hier auf die Population der Fragestellung übertragen werden und die Ergebnisse in der Praxis verwendet werden. Meritt (2011) und Cooper-McNulty und Fisher (2001) zielten ihre Gütekriterienstudien des AMPS auf verschiedene Diagnosegruppen ab, wobei jedoch jeweils ein dokumentierter Teil der Stichprobe an einer Demenzform litt, welche nicht genauer beschrieben wurde. Die Resultate sind demnach nicht ohne Vorbehalte auf die Population der Fragestellung anwendbar.

Die Reliabilität des IDDD wurde mit der Originalversion des Assessments und nicht mit der deutschen Übersetzung vorgenommen (Böhm, 1997). Auch diese Ergebnisse können nur bedingt auf die deutsche Version übernommen werden.

4.4 Praktikabilität im Bezug zur Fragestellung

Die Praktikabilität zwischen den drei Assessments kann nicht verglichen werden. Jedes Assessment hat jedoch Vorteile und Nachteile, welche von der Ergotherapeutin abgewägt werden müssen.

Diese Annahme der Autorin, wird von Bennett et al. (2011) unterstützt. Sie statuieren, dass jedes Assessment Instrument seine eigenen Stärken und

Schwächen hat. Deshalb ist es für die Ergotherapeutin wichtig, dass sie die Wahl der Assessments von der Praktikabilität, dem Wissen über seine Gütekriterien und den Möglichkeiten der Institution abhängig macht (Bennett et al., 2011).

Die Autorin sieht folgende Stärken und Schwächen für die Assessments. Die Stärke des AMPS liegt in der Vergleichbarkeit der Werte zwischen verschiedenen Klienten durch die Standardisierung der Aktivitäten und der Entwicklung des Cut-off Punktes. Schwächen stellen ein erhöhter Zeitaufwand, hohe Ausbildungskosten und eine lange Ausbildungszeit dar. Diese Schwächen sehen auch Bottari, Dutil, Dassa und Rainville (2006) im AMPS. Weiter nennen sie die Schwäche, dass die vorgegebenen IADL Aktivitäten des AMPS fast ausschliesslich innerhalb des Hauses stattfinden, es fehlen wichtige Aktivitäten wie beispielsweise die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Bottari et al., 2006).

Die Stärken des PRPP zeigen sich im Informationsaustausch im Team wie auch im Gespräch mit Angehörigen und dem Verfassen von Berichten, da mittels des Assessments die Sprache vereinheitlicht werden kann. Es wird berichtet, dass bereits minime Veränderungen beobachtet und dokumentiert werden können (Busch et al., 2007). Als Schwäche wird die aufwändige Erarbeitung der Deskriptoren des Stage 2 erwähnt, diese zu verstehen und anwenden zu können, bedeutet gemäss Busch et al. (2007) anfangs einen Mehraufwand. Weiter zeigt das Assessment einen hohen Zeitaufwand bei der Durchführung und Auswertung sowie einen erhöhten Kostenaufwand für die Ausbildung.

Die Autorin sieht die Stärken des IDDD in der nahen Zusammenarbeit mit den Angehörigen und der kurzen Durchführungs- und Auswertungszeit. Weiter kann eine Aussage über die Initiative für Betätigung des Klienten, welcher an einer Demenz leidet evaluiert werden. Die Schwächen zeigen sich darin, dass keine qualitative Aussage über die Performanz gemacht werden kann.

4.5 Verwendung der Assessments in der Forschung

Das AMPS, das IDDD und das PRPP werden in der Forschung eingesetzt, um verschiedene ergotherapeutische Erkenntnisse für die Behandlung mit Menschen, die an einer Demenz leiden, zu überprüfen. In der nachfolgenden Tabelle wird die gefundene Literatur aufgeführt.

Tabelle 11 Verwendung der Assessments in der Forschung

Assessment	Studie	Art der ergotherapeutischen Erkenntnissen die überprüft wurden
AMPS	Liu et al. (2007)	Prozessskala gibt wichtige Informationen über den Grad der Selbstständigkeit, in der Gemeinde zu leben.
	Öhman, Nygard und Kottorp (2011)	Betätigungsperformanz und das Bewusstsein der Behinderung von Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen oder Demenz zu überprüfen
	Graff et al. (2006), RCT	die Wirksamkeit von gemeindenaher Ergotherapie für Menschen die an einer Demenz leiden
IDDD	Graff et al. (2006), RCT	die Wirksamkeit von gemeindenaher Ergotherapie für Menschen die an einer Demenz leiden
	Voigt- Radloff et al. (2009)	Effektivität für die gemeindenahe ergotherapeutische Behandlung für ältere Menschen die an einer Demenz leiden und deren Angehörigen
PRPP	Voigt- Radloff et al. (2009)	Effektivität für die gemeindenahe ergotherapeutische Behandlung für ältere Menschen die an einer Demenz leiden und deren Angehörigen

4.6 Theorie- Praxis Transfer

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie die Ergebnisse dieser Arbeit in die Praxis übertragbar sind.

Das AMPS, das IDDD und das PRPP verfügen bereits über Gütekriteriennachweise mit Menschen, die an einer Demenz leiden und in einer gemeindenahen Wohnform leben. Die Konstruktvalidität für PRPP muss dringend erforscht werden, um das PRPP für die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit abschliessend empfehlen zu können. Die Anwendung der drei Assessments in der Praxis mit Menschen, die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden ist jedoch trotzdem empfehlenswert (Cooper- McNulty & Fisher, 2001; Hartman et al., 1999; Meritt, 2011; Steultjens et al., 2012; Teunisse & Derix, 1997; Voigt-Radloff et al., 2012).

Ein Assessment kann die Ergotherapeutin in ihrer Arbeit unterstützen, sie trifft jedoch keine grundlegenden Entscheidungen aufgrund eines einzelnen ADL- Assessment (Meritt, 2011). Beobachtungen, Gespräche und Angehörigenarbeit sind ebenso wichtig. Die Praktikabilität der drei Assessments wurde aufgezeigt. Die Ergotherapeutin entscheidet nun selbst, wie sie diese bewertet und welches Assessment zur Philosophie ihres Arbeitsortes passt. Dies kann auch von den Ressourcen der Therapeutin oder von der zeitlichen und finanziellen Unterstützung

des Arbeitsortes abhängen. Durch den Einbezug von reliablen und validen Assessments in die Praxis, kann sich die Ergotherapie mit Menschen die an Demenz leiden in der Schweiz weiterentwickeln und eine evidenzbasierte Praxis wird gefördert.

Die Anwendung von validen, reliablen und praktikablen ergotherapeutischen Assessments für die verschiedenen Klientengruppen, kann die Ergotherapeutin darin unterstützen, die Schwierigkeiten des Klienten zu erfassen. Damit schafft sie eine Grundlage für die Zielsetzung und Therapieplanung. Weiter kann die Ergotherapeutin dabei unterstützt werden Krankenkassenberichte zu begründen und in Austausch mit den Angehörigen zu kommen.

Laut der Autorin sind alle drei Assessment betätigungsbasiert und überprüfen Anteile der Performanz. Beim AMPS wird die Betätigungsperformanz durch die motorischen und prozessbezogenen Items überprüft. Beim PRPP werden die Fehler in der Ausführung der Betätigung in Stage 1 beobachtet und anhand der Deskriptoren des Stage 2 auf die Dysfunktion in der Performanz untersucht. Beim IDDD wird durch den Initiativ-Teil und die Ausführungs-Teil des Assessment eine quantitative Aussage über die Performanz gemacht.

Die Habituation kann beim PRPP stark miteinbezogen werden, da die Alltagsaktivität frei gewählt werden kann und kein vorgegebenes Muster die Aktivität auszuführen gegeben ist. Beim AMPS kann zwischen verschiedenen Aktivitäten gewählt werden, dies gewährt eine Rücksichtnahme auf die Habituation des Klienten, ist jedoch nicht in gleichem Umfang wie beim PRPP möglich. Beim IDDD können Betätigungen welche nicht zum Betätigungsbereich des Klienten gehört haben für die Beurteilung ausgelassen werden, was die Habituation leicht berücksichtigt.

Die Volition kann einzig beim IDDD überprüft werden, dies durch die Bewertung der Initiativskala.

Alle drei Assessments können beim Klienten zu Hause oder in der Klinik durchgeführt werden, die beiden Möglichkeiten beziehen die kulturelle, physische und soziale Umwelt unterschiedlich stark mit ein.

5 Schlussfolgerungen

Das Assessment of Motor and Process Skills, das Perceive Recall Plan und Perform Assessment sowie das Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia für Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden empfohlen und es bestehen bereits Gütekriterien Nachweise (Cooper- McNulty & Fisher, 2001; Hartman et al., 1999; Meritt, 2011; Steultjens et al., 2012; Teunisse & Derix, 1997; Voigt-Radloff et al., 2012).

Jedes Assessment hat in seiner Praktikabilität seine Stärken und Schwächen.

Deshalb ist es zentral, dass das Assessment zur Philosophie der Institution passt und sich mit dem Setting und den zeitlichen Ressourcen der Ergotherapeutin deckt. Die Ergotherapeutin kann ihre Einschätzungen und Berichte nie nur von einem Assessment abhängig machen denn Beobachtungen und Gespräche sind für eine ganzheitliche Erfassung des Klienten ebenso wichtig.

5.1 Ausblick

Die Entwicklung von Gütekriterien ist ein langer Prozess und sollte weiterhin verfolgt werden. Es wäre wünschenswert, wenn noch weitere Studien über die Testgütekriterien für Menschen, die an Demenz leiden gemacht werden. Wichtig wäre für das PRPP eine Konstruktvaliditätsstudie und für das IDDD eine Studie, welche die Interrater Reliabilität der deutschen Version überprüft, sowie für das AMPS weitere gezielte Testgütestudien für Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden.

Für das PRPP besteht noch keine offizielle deutsche Übersetzung, auch dies wäre für die praktische Arbeit wünschenswert.

Studien welche die Praktikabilität überprüfen sind selten, auch dies wäre ein weiterer Schritt um die Assessments zu optimieren.

5.2 Limitationen

Da die Hauptstudien nicht identische Reliabilität und Validität überprüfen, konnten die Testgütekriterien nicht untereinander verglichen werden.

Die verwendete Literatur war grösstenteils englischer Sprache verfasst. Da diese nicht die Muttersprache der Autorin ist, könnte es Übersetzungs- und Verständnisfehler gegeben haben.

Das Thema Gütekriterien bei Assessments ist sehr komplex und erfordert ein hohes wissenschaftliches Verständnis. Dieses Fachwissen konnte durch die Autorin im Rahmen dieser Bachelorarbeit nur ansatzweise angeeignet und erarbeitet werden.

6 Verzeichnisse

6.1 Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ADAS-cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale - cognitive
ADCS-ADL	Alzheimer's Disease Cooperation Study - Activities of Daily Living Inventory
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
CMOP- E	Canadian Model of Occupational Performance and Environment
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
IDDD	Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia
MMSE	Mini Mental State Examination
MOHO	Model of Human Occupation
PADL	Personal activities of daily living = Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
PRPP	The Perceive, Recall, Plan and Perform Assessment
RCT	Randomised Controlled Trial
ROC	Receiver Operating Characteristic
SCQ	Sense of competence questionnaire

6.2 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1984). *The American Psychiatric Association's Psychiatric Glossary*. Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AOTA (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (2nd Edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Baum, C.M., Law, M. (1997). Occupational Therapy Practice: Focusing on Occupational Performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4), 277-288.
- Bennett, S., Shand, S. & Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: A profile in need of change. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 155-163.
- Bottari, C., Dutil, E., Dassa, C., Rainville, C. (2006). Choosing the most appropriate environment to evaluate independence in everyday activities: Home or Clinic. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 98-106.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fisher.
- Busch, M., Pirnbaum, E. & Weise, A. (2007). Das PRPP-System: Erfassung der Informationsverarbeitungsprozesse im Rahmen von Alltagsaktivitäten. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 7, 11-17.
- Bürki, J. (2012). *Qualitätszirkel Kognitives Training in der Ergotherapie: Arbeitsgruppe Partizipation*. Bern: ergoern. Retrieved from: http://www.ergoern.ch/Texte/Publikationen/QZ2010/QZ_HLT_2012-01-05_Outcome_Arbeitsgruppe_Partizipation_V1_JaBu.pdf
- Chapparo, C. & Ranka, J. (1996). The Perceive: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of task analysis. In: C. Chapparo and J. Ranka (Hrsg.), *The PRPP Research Training Manual: Continuing Professional Education (2nd ed.)*. Retrieved from: http://203.17.62.122/opma/index.php/au/home/assessments/prpp/the_perceive_recall_plan_perform_prpp_system_of_task_analysis

- Cooper Mc Nulty, M. & Fisher, A.G. (2001). Validity of Using the Assessment of Motor and Process Skills To Estimate Overall Home Safety in Persons With Psychiatric Conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 694-655.
- Council of Occupational Therapists for the European Countries. (2010). *Occupational Therapists' contribution to active ageing, health and well being in the older population*. Retrieved from: <http://www.cotec-europe.org/eng/623/>
- Curaviva. (2012). *Auch der Ständerat fordert eine Nationale Demenzstrategie*. Retrieved from: http://www.curaviva.ch/index.cfm/E980796A-1C23-4C99-AFFB8606FC0B1C73/?id=0DC30E98-BF60-FC9F-FDADE64A27F1FE66&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m=
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte- Markwort, E. (2011). *Weltgesundheitsorganisation (WHO). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD- 10 Kapitel V (F), Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hans- Huber.
- Ehrlich, P.L. (2006). Caring for the Frail Elderly in the Home: A Multidisciplinary Approach. *Home Health Care Management & Practice*, 19(1), 38-44.
- Ergotherapeutinnen Verband Schweiz. (2001). *Leitbild der Qualitätspolitik des EVS in Die Qualitätspolitik des EVS*. Retrieved from: <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=41&ID=21>
- Faller, H. (2005). Sensitivität, Spezifität, positiver und negativer Vorhersagewert. *Rehabilitation*, 44, 44-49.
- Fawcett, A.J.L. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists theory, skills and application*. Chichester, West Sussex: Wiley.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Scazufca, M. (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.
- Fisher, A. G. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills: Volume 2 – Users Manual (7th Edit.)*. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.

- Fisher, A.G. & Jones, K. B. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills: Volume 1 – Development, Standardization, and Administration Manual (7th Edit.)*. Fort Collins, Colorado : Three Star Press, Inc.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). „Mini Mental State“: A Practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fransen, H. (2005). Challenges for occupational therapy in community- based rehabilitation in: F. Kronenberg, S.S. Algado & N. Pollard (Hrsg.), *Occupational Therapy without borders* (S. 166-182). Edinburgh, London, New York: Elsevier.
- Fuller, K. (2011). The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice (2011). *British Journal of Occupational Therapy*, 74(8), 399-405.
- Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A. & Hauck, W.W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention. Effect on efficacy and upset in caregivers and on a daily function of persons with dementia. *The gerontologist*, 41(1), 4-14.
- Grady, A.P. (1995). Building inclusive community : a challenge for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 300-310.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde-Rikkert, M. G. M. (2006a). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 333, 1196-1199.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde-Rikkert, M. G. M. (2007). Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology*, 62A(9), 1002-1009.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M. G. M., Hoefnagels, W. H. L. & Dekker, J. (2006b). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study. *Dementia*, 5(4), 503-532.

- Harth, A. (2002). Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) in: U. Martotzki (Hrsg.), *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Hartman, M., Fisher, A.G. & Duran, L. (1999). Assessment of Functional Ability of People with Alzheimer's Disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 111-118.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie- Theorien und Modelle: Die Praxis begründen*. Stuttgart: Thieme.
- Josephsson, S., Backman, L., Borell, L., Nygard, L. & Bernspang, B. (1995) Effectiveness of an Intervention to Improve Occupational Performance in Dementia. *Occupation Participaion and Health*, 15(1), 36-49.
- Keller, T. (n.d.). *ROC-Kurven Analyse in Acomed Statistik*. Retrieved from: <http://www.medi-learn.de/humanmedizin/medizinstudium-vorklinik/artikel/ROC-Kurven-Analyse-Seite1.php>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theorie and Application (4th Edit.)*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrup, Ch. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO)*. Heidelberg: Springer.
- Klein, S., Barlow, I., Hollis, V. (2008). Evaluating ADL measures from an occupational therapy perspective. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 75(2), 69-81.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling*. New York: Guilford Press.
- Kraft, E., Marti, M., Werner, S., Sommer, H. (2011). Cost of dementia in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 140. doi:10.4414/smw.2010.13093.
- Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Law, M., Baum, C. & Dunn, W. (2005). *Measuring Occupational Performance (2nd ed.)*. Thorofare: Slack.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form- Quantitative Studies*. Retrieved from: <http://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=221285>

- Liu, K.P.Y., Chan, C.C.H., Chu, M.M.L., Ng, T.Y.L., Chu, L.W., Yuen, H.K. & Fisher, A.G. (2007). Activities of daily living performance in dementia. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116, 91-95.
- LoBiondo-Wood, G & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung (2nd ed.)*. München: Urban & Fisher.
- Mentrup, Ch. (2002). Das Model of Human Occupation (MOHO). In U. Marotzki (Eds.), *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Meritt, B.K. (2011). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to Derermine the need for assistance. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65, 643-650.
- Miller, P. A. & Butin, D. (2000). The Role of Occupational Therapy in Dementia-C.O.P.E. (Caregiver options for practical experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 86-89.
- Oliver, R., Blathwayt, J., Brackley, C. & Tamaki, T. (1993). Development oft he Safety Assessment of Funciton and the Environment for Rehabilitation (SAFER) tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 78-82.
- Perneckzy, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P., ... Kurz, A. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: Conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing*, 35, 240-245.
- Phinney, A., Chaudhury, H. & O'Connor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: The meaning of activity for people with dementia. *Aging & Mental Health*, 11(4), 384-393.
- Sikkes, S.A.M., de Lange-de Klerk, E.S.M., Pijnenburg, Y.A.L., Scheltens, P., & Uitdehaag, G.M.J. (2009). A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: room for improvement. *Journal of Neurological Neurosurgery Psychiatrie*, 80, 7-12.
- Stultjens, E.M.J., Voigt-Radloff, S. Leonhart, R. & Graff, M.J.L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform Assessment in community dwelling dementia patients: test consistency and interrater agreement. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 659-665.

- Teunisse, S. & Derix, M.M.A. (1997). Functional and Global Evaluation. The Interview of Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: Agreement between primary and secondary caregivers. *International Psychogeriatrics*, 9(1), 155-162.
- The Alzheimers Disease International Kyoto declaration. (2004). In: World Health Organisation (2012). *Dementia: a public health priority*. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Vernooij- Dassen, M., Olde Rikkert, M. und Hüll, M. (2009). WHEDA Study: Effectiveness of Occupational Therapy at home for older people with dementia and their caregivers- the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics*, 9(44), 1-15.
- Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schützwohl, M., Jurjanz, L., Reuster, T., Gerner, A., ... Hüll, M. (2012). Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia: construct and concurrent validity in patients with mild to moderate Dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 382-390.
- Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A. & Razay, G. (2011). A community- based exercise program to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 12-19.
- Werpechowski-Olin, D. (1985). Assessing and Assisting the Person with Dementia: An Occupational Behavior Perspective. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 3(4), 25-32.
- Wetterling, T. & Lanfermann, H. (2002). *Organisch, psychische Störungen. Hirnorganische Psychosymptome*. Darmstadt: Steinkopff.
- World Health Organisation. (2012). *Dementia: a public health priority*. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

6.3 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1 Übersicht Model of Human Occupation (MOHO)
Mentrup, Ch. (2002). Das Model of Human Occupation (MOHO).
In U. Marotzki (Eds.), *Ergotherapeutische Modelle
praktisch angewandt* (S.100). Berlin, Heidelberg: Springer.

6.4 Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1 Keywords
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien
Tabelle 3 Hauptstudie 1 Hartmann, Fisher & Duran, 1999
Tabelle 4 Hauptstudie 2 Cooper Mc-Nulty & Fisher, 2001
Tabelle 5 Hauptstudie 3 Meritt, 2011
Tabelle 6 Hauptstudie 4 Teunisse & Derix, 1997
Tabelle 7 Hauptstudie 5 Voigt-Radloff et al., 2012
Tabelle 8 Hauptstudie 6 Steultjens, Voigt-Radloff, Leonhart & Graff, 2012
Tabelle 9 Übersicht der Assessment im MOHO
Tabelle 10 Übersicht Testgütekriterien
Tabelle 11 Verwendung der Assessments in der Forschung

7 Danksagung

Ein grosser Dank gilt meiner Betreuerin, Elsbeth Müller für die Begleitung, die Beantwortung all meiner Fragen und die herzliche Betreuung.

Für das Begleiten, Korrekturlesen und Fachsimpeln danke ich meiner Schwester Rahel Zeller. Merci für die ehrliche, manchmal harte, aber immer unterstützende Kritik, welche ich von niemandem so gut annehmen kann wie von dir als Schwester. Für das Korrekturlesen danke ich Stefanie Müller und Dario Jablanovic ganz herzlich. Ein weiterer Dank gilt Marion Huber und Elisabeth Mac Hillan für das hilfreiche Peerfeedback. Sebastian Voigt Radloff danke ich für das Beantworten vieler Fragen per Mail und die Auskunft über seine Studien und Andrea Weise für die wertvollen Informationen über das PRPP.

Weiter Danke ich Jakob Zschunke für die inspirierenden Jonglierstunden, meiner Familie für die herzliche Unterstützung und meinem glitzernden Vögelchen für ein wundervolles Zuhause, in dem ich immer wieder Kraft tanken durfte...

8 Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Winterthur, 3. Mai 2013

Vera Zeller

9 Anhang

- A Wortzahlen
- B Glossar
- C Übersicht Bedeutung der Testgütekriterien
- D Literaturrechercheplan
- E Bewertung der gefundenen Assessments mittels Ein- und
Auschlusskriterien
- F Beurteilungen der Hauptstudien
- G Übersichtstabellen der Assessment
- H Testbögen

A Wortzahlen

Abstract 200 Wörter

Gesamte Arbeit (exkl. Abstract, Tabellen, Abbildungen, Danksagung,
Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Anhang) 7992 Wörter

B Glossar

Cronbach's Alpha Koeffizient	Die Generierung des Cronbach's Alpha Koeffizienten untersucht das Ausmass, zu welchem alle Items des Instruments konstant das gleiche Konstrukt messen. Mit diesem Test kann die interne Konsistenz eines Instrumentes überprüft werden. Liegt der Koeffizient bei 1.0, misst jedes Item des Tests exakt das Selbe Konstrukt, wäre dies der Fall müsste man sich hinterfragen ob wirklich mehr als ein Item nötig ist. Liegt der Koeffizient bei 0.80-0.90, also etwas niedriger, deutet dies darauf hin, dass ein Instrument feine Unterscheidungen der einzelnen Konstrukt Ebenen erkennen kann. (Burns & Grove, 2005)
Cut off Punkt	Der Cut-off Punkt stellt einen Trennwert zwischen vorhandensein eines Phänomen und dem nicht vorhandensein dessen das. Beim AMPS stellt dieser Cut-off Punkt den Trennwert zwischen Selbstständig/ Unselbstständig dar. Dieser Cut- off Punkt wird anhand der Rasch- Analyse generiert. Dies wird durch ein Computerprogramm, in welchem die Ergotherapeutin die Daten eingibt, berechnet und anschliessend im AMPS Graphic Report (→Anhang H) dargestellt (Keller, T., n.d.)
Intraclass Korrelationskoeffizient	Ein Korrelationskoeffizient gibt den Grad der Konsistenz zwischen Werten an. Er wird in einem Wert zwischen 0 und 1 angegeben, wobei 0 keine Korrelation bedeutet und Werte Nahe bei eins eine hohe Korrelation (LoBiondo & Haber, 2005).
Konzeptionelles Praxismodell	„Konzeptionelle Modelle der Ergotherapie verstehen sich als Theorie- und Praxisgebäude,

die in der Ergotherapie ihren Ursprung haben und dort entwickelt wurden. Den Ergotherapien in den verschiedenen medizinischen Fachbereichen verleihen Praxismodelle ein gemeinsames Fundament. Ihre theoretischen Konzepte bzw. Konstrukte sind zwar auch aus anderen Disziplinen entlehnt, sie sind jedoch nicht in Bezug auf spezifische Störungsbilder, sondern mit Blick auf die komplexe Natur der menschlichen Handlungsfähigkeit zusammengestellt worden.“
(Marotzki, 2002, S.2)

- Mini Mental State Examination Reliabels und Valides Messinstrument, um den kognitiven Status eines Klienten zu messen. Werte zwischen 0-30 sind möglich, wobei 30 keine kognitiven Einschränkungen und 0 starke kognitive Einschränkungen bedeuten (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)
- Partizipation Das Teilhaben in der Gesellschaft. Betätigungsorientierte Partizipation bezieht sich auf die Betätigungen Arbeit, Spiel und Aktivitäten des täglichen Lebens, von welchen ein Teil im eigenen soziokulturellen Kontexts verankert ist und welche wünschenswert oder unerlässlich für das eigene Wohlbefinden sind. (WHO, 2001)
- Pearson's Korrelationskoeffizient Das Produkt einer parametrischen Testung zur Bestimmung von Beziehungen zwischen zwei Variablen. Das Produkt einer Korrelationsanalyse ist ein Korrelationskoeffizient zwischen -1 und +1. Wobei ein Wert von -1 oder +1 nahezu perfekte positive oder negative Korrelation bedeutet und ein Wert nahe 0 keine Korrelation bedeutet. Werte von +/- 0.1 bis 0.3 bedeuten eine schwache

	<p>Beziehung zwischen den zwei Variablen. Ein Wert von $\pm 0.4 - 0.5$ deutet auf eine mittlere Beziehung hin. Liegt der Wert oberhalb ± 0.5 geht man von einer starken Korrelation aus. (Burns & Grove, 2005)</p>
Rasch Analyse	<p>Durch eine Rasch Analyse können ordinale Daten in lineare Daten umgewandelt werden. Im Rasch-Modell wird der Einfluss der Personenfähigkeit, vom Einfluss der Testaufgabe getrennt. Je grösser die Fähigkeitenlevel der Person ist, desto mehr Items sollte die Person erfüllen können. (Fawcett, 2007)</p>
Rater Kalibrierung	<p>Kalibrierung bedeutet auf Deutsch ein Abgleich. Beim AMPS werden die Bewerter Kalibriert, d.h. sie bewerten während dem AMPS Kurs alle die gleichen Videos, damit die strenge ihrer Bewertung eingeschätzt werden kann. Die Software in welche die Daten der Erfassung später eingegeben, erkennt danach durch das individuelle Passwort die Strenge des Bewerter und kalkuliert dies in das Ergebnis des Klienten mit ein (Fisher & Jones, 2010).</p>
ROC Analyse	<p>Durch eine ROC- Analyse kann die Trennschärfe eines diagnostischen Tests berechnet werden. Dafür werden die erhobenen Daten in einer Kurve dargestellt. Im Idealfall liegt die Kurve auf der oberen Begrenzungsseite des umschliessenden Quadrates \rightarrow 100%ige Trennschärfe. Ein Mass für die Güte des Tests stellt die Fläche unter der ROC- Kurve dar \rightarrow Area under the curve. Diese Fläche kann Werte zwischen 0.5 und 1 annehmen, ein höherer Wert zeigt dabei bessere Güte. (Keller, T.)</p>
Standardisierung	<p>Die hohe Standardisierung eines Tests bedeutet, dass die Benutzung des Tests immer gleich</p>

	<p>abläuft, d.h. der Ablauf nicht verändert werden darf. (Fawcett, 2007)</p>
SAFER Assessment	<p>Das SAFER ist ein Assessment, welches die funktionellen Fähigkeiten und die Sicherheit in der Umwelt von älteren Menschen die in der Gemeinde leben überprüfen kann. Die Items werden in 15 Kategorien unterteilt und stellen eine Kombination aus funktionellen Fähigkeiten und Umweltfaktoren dar. Die Kategorien sind: Lebenssituation, Mobilität, Küche, Essen, Haushalt, Anziehen, Badezimmer, Brandgefahr, Medikation, Kommunikation, Gedächtnishilfen, Generelles, Putzen, Entspannung und Verwirrung. Das Instrument wurde speziell dafür entwickelt, dass die Ergotherapeutin individuell einzelne Items herausnehmen kann die für sie und die Situation des Klienten nicht sinnvoll erscheinen.(Oliver, Blathwayt, Brackley & Tamaki, 1993)</p>
Framework	<p>Ein Framework stellt ein gedankliches Konstrukt dar, welches Ergotherapeuten einen Rahmen für die Behandlung von Klienten gibt (AOTA, 2008)</p>
Zerebrovaskuläre Schädigung	<p>Eine zerebrovaskuläre Schädigung ist eine Durchblutungsstörung des Gehirns (Wetterling & Lanfermann, 2002)</p>

C Übersicht Bedeutung der Testgütekriterien

Übersicht der erwähnten Validitäts- und Reliabilitätsarten
Nach Lobiondo & Haber, 2005

Übersicht der Reliabilität und Validität		Assessment		
Validität	Kriteriumsvalidität Beschreibung/ Ziel Die Kriteriumsvalidität untersucht wie das tatsächliche Verhalten des Untersuchungsteilnehmers mit den Angaben auf dem Messinstrument korreliert. Bewertung <ul style="list-style-type: none"> • Übereinstimmungsvalidität (Concurrent Validity) • Prognostische Validität (Predictive Validity) • Retrospektive kriteriums-basierte Validität (retrospective criterion based validity) 	Prognostische Validität (predictive Validity) Beschreibung Grad der Korrelation zwischen der Messung des Konzepts und einer zukünftigen Messung desselben Konzepts. Bewertung Anhand Korrelationskoeffizienten. Oft niedriger Korrelationskoeffizient, da ein zeitlicher Abstand zwischen den beiden Messungen liegt	AMPS	
		Übereinstimmungsvalidität (concurrent Validity) Beschreibung Grad der Korrelation zwischen zwei Messungen desselben Konzepts zur selben Zeit Bewertung Anhand Korrelationskoeffizienten. Ein hoher Korrelationskoeffizient zeigt eine hohe Übereinstimmung zwischen den Messungen anzeigt.	IDDD PRPP	
		Retrospektive, kriteriums-basierte Validität (retrospective, criterionbased validity) Beschreibung Kriteriumsvalidität berechnet mit Daten aus früheren Datensammlungen.	AMPS	
		Konstruktvalidität Beschreibung/ Ziel Grad, mit dem ein Test ein theoretisches Konstrukt oder Merkmal misst. Bewertung <ul style="list-style-type: none"> • Hypothesen- testender Ansatz • Konvergente und diskriminante Ansätze • „Known-group“- Technik • Faktorenanalyse 	Faktorenanalyse (Factor analysis) Beschreibung Bei der Faktorenanalyse geht es darum, inwieweit die Gruppe von Items die zugrundeliegenden Dimensionen eines Konstrukts messen kann. Damit kann erörtert werden ob sich die einzelnen Items auf einer Skala um eine oder mehrere Dimensionen gruppieren.	IDDD

Reliabilität	<p>Bewertung Items welche sich um die gleiche Dimension bewegen sollten demnach auf dem gleichen Faktor landen. Items die sich auf verschiedenen Dimensionen bewegen sollten, sollten auf verschiedenen Faktoren landen. Es kann zudem bestimmt werden ob die Items einem oder mehreren Konstrukten zugrundeliegen.</p>		
	<p>Vorhersagewerte (predictive Value)</p> <p>Beschreibung/ Ziel Aus der Spezifität und der Sensitivität lässt sich der Voraussagewert (Overall Predictive Value) ableiten.</p>	<p>Sensitivität wie viel Prozent der Klienten, welche an der Störung leiden, werden richtig klassifiziert?</p> <p>Spezifität wie viel Prozent der Klienten, welche nicht an der Störung leiden, werden richtig klassifiziert?</p>	AMPS
	<p>Interne Konsistenz Item-Gesamtskala Korrelation, Überprüfung der Homogenität</p> <p>Beschreibung/ Ziel Grad, bis zu dem die Items einer Skala dasselbe Konzept widerspiegeln oder messen.</p> <p>Bewertung Alle Items einer Skala werden zur Ergründung der internen Konsistenz eines Test durch generierung der Cronbach's Alpha.</p>		IDDD
	<p>Interrater Reliabilität</p> <p>Beschreibung/ Ziel Überprüfung der Äquivalenz Zuverlässigkeit, inwieweit die Bewerter über das Beobachtbare Verhalten übereinstimmen.</p> <p>Bewertung Die Inter-Rater Reliabilität kann entweder als Prozentzahl der Übereinstimmung zwischen den Bewertern oder als Korrelationskoeffizient zwischen den Werten angegeben, die dem beobachtenden Verhalten zugewiesen werden.</p>		PRPP IDDD

D Literaturrechercheplan Datenbanken

Datenbank Medline

Schlüsselwort	Schlagwörter	Kombinationen	Such-Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur	Kommentar / Limitationen
assessment*			1	810743		
dementia*			2	82669		
Occupational therapy			3	16160		
occupational performance			4	507		
		1 AND 2 AND 3	5	75		
		1 AND 2 AND 4	6	1	-	
assessment*			7	771122		
dementia*			8	81745		
occupational performance			9	507		
activities of daily living			10	51990		
validity	reproducibility of results		11	95999		
		7 AND 8 AND 9 AND 10	12	1	Öhman, A. (2011). Occup. Performance and awereness...Scandinavian Journal of OT, 18, 133-142	Diskussionsteil AMPS
		7 AND 8 AND 10 AND 11	13	161		
		13 AND 3	14	4	A, B, C, D	potentielle Hauptstudien
assessment*			15			
alzheimer*	alzheimer's disease		16	91327		
occupational performance			17	507		
activities of daily living			18	51990		
validity	„reproducibility of results“		19	95999		
		15 AND 16 AND 17 AND 18	20	1	Öhman, A. (2011). Occup. Performance and awereness...Scandinavian Journal of OT, 18,	Diskussionsteil AMPS

133-142						
		15 AND 16 AND 17 AND 19	21	-		
		15 AND 16 AND 18 AND 19	22	99		
		22 AND 3	23	3	A, B, D	Potentielle Hauptstudien
occupational therapy			24			
assessment*	Outcome assessment		25			
valid*	„reproducibility of results“		26			
activities of daily living			27			
alzheimer*			28			
		24 AND 25 AND 26	29	530		
		29 AND 27	30	155		
		30 AND 28	31	4	A, A(1), B, D	
occupational performance			32			
		30 AND 32	33	15	E	Potentielle Hauptstudie
		26 (reproducibility of results) AND 24 AND 8	34	4	M, N	Potentielle Hauptstudien

Datenbank Cinahl

Schlüsselwort	Schlagwörter	Kombinationen	Such -Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur	Kommentar / Limitationen
assessment*			1	222834		
Occupational therapy			2	19100		
dementia*			3	23837		
alzheimer*			4	15350		

	1 AND 2 AND 3	5	110	
	1 AND 2 AND 4	6	22	
Occupational performance		7	933	
Activities of daily living		8	17767	
validity		9	43389	
	5 AND 7 AND 8	10	7	<p>Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M.G.M., Hoefnagels, W.H.L., Dekker, J. (2006). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver?. <i>Dementia</i>, 5 (4), 503-32.</p> <p>- Studie für Diskussionssteil</p>
	6 AND 7 AND 8	11	2	-
	5 AND 7 AND 8 AND 9	12	1	F
Assessment of Motor and Process Skills		13		
Valid*	Validity, validation	14		
	13 AND 14	15	52	
	15 AND 3	16	3	G, H

Folgende Assessment wurden in der Studie verwendet:

- **Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)**- Literatur gefunden (G-J)
- **Interview of Deterioration in Daily Activities in Dementia (IDDD)**- Literatur gefunden (M)
- **Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)**- Bereits Literatur gefunden (E)
- **Dementia Quality of Life Instrument (DQOL)**- Bereits Literatur gefunden (B)

Datenbank PsychInfo

Schlüsselwort	Schlagwörter	Kombinationen	Such -Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur	Kommentar / Limitationen
assessment*	measurement		1	576162		
Occupational Therapy	Occupational Therapy		2	19682		

dementia*	dementia	3	93041		
alzheimer*	Alzheimer's disease	4	86735		
	1 AND 2 AND 3	5	1476		
	1 AND 2 AND 4	6	1178		
Occupational performance		7			
Activities of daily living		8			
valid*	Validity, test validity	9			
reliab*	reliability	10			
	5 AND 7 AND 8 AND 9	11	60		
	11 AND 10	12	46	Nott, M. T., Chapparo, C. (2012). Exploring the validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: Cognitive strategy use in adults with brain injury. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , Vol.75(6), 256-263.	Gibt es PRPP auch für Menschen die an einer Demenz leiden ? – Quer suche . Gefunden (L)
				Moore, D.J., Palmer, B.W., Patterson, T.L., Jeste, D.V. (2007). A review of performance-based measures of functional living skills. <i>Journal of Psychiatric Research</i> . 41(1-2), 97-118.	Assessments- quer suchen SAILS (Structured Assessment of independent living skills)- gefunden (PsychInfo : SAILS AND Dementia- (O) OPEPS (Occupational Therapy evaluation of Performance and Support)- Literatur Gefunden- (P) OTAS (St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale)- Literatur gefunden- (N)
				I	Potentielle Hauptstudie
	6 AND 7 AND 8 AND 9 AND 10	13	12	J	Potentielle Hauptstudie
	1 (Test validity) AND 2 AND 3	14	4	K, L	Potentielle Hauptstudien

OTDBase

Schlüsselwort	Schlagwörter	Kombinationen	Suc h-Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur	Kommentar / Limitationen
assessment			1	100		
Valid*	validity		2	100		
dementia			3	100		
		1 AND 2 AND 3	4	10	C, Q, R, S	Potentielle Hauptstudien

Relevante Literatur

A. Everyday Technologie Use Questionnaire

Nygaard, L., Pantzar, M., Uppgard, B., Kottorp, A. (2012) Detection of activity limitation in older adults with MCI or Alzheimer's disease through evaluation of perceived difficulty in use of everyday technology: a replication study. *Aging & Mental Health*. 16(3), 361-71.

A1. Kottorp, A., Nygaard, L. (2011). Development of a short-form assessment for detection of subtle activity limitations: can use of everyday technology distinguish between MCI and Alzheimer's disease? *Expert Review of Neurotherapeutics*. 11(5):647-55.

B. Dementia Quality of Live Instrument (DQoL)

Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schutzwohl, M., Jurjanz, L., Reuster, T., Gerner, A., Marschner, K., van Nes, F., Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, MO., Holthoff, V., Hull, M. (2012). Dementia quality of life instrument--construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *European Journal of Neurology*, 19(3), 376-84.

C. The ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)

Arnadottir, G., Fisher, A.G. (2008). Rasch analysis of the ADL scale of the A-ONE. *American Journal of Occupational Therapy*. 62(1), 51-60.

D. The kitchen Task Assessment

Baum, C., Edwards, D.F. (1993). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: the Kitchen Task Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 431- 436.

E. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Eyssen, IC., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., Dekker J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 888-894.

F. Caregiver proxy ratings of functional ability

Cotter, E.M., Burgio, L.D., Roth, D.L., Gerstle, J., Richardson, P. (2008). Comparison of caregiver and occupational therapist ratings of dementia patients' performance of activities of daily living. *Journal of Applied Gerontology*, 27(2), 215-25.

G. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Robinson, S.E., Fisher, A.G. (1999). Functional and cognitive differences between cognitively-well people and people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(10), 466-71.

H. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Hartman, M.L., Fisher, A.G., Duran, L. (1999). Assessment of functional ability of people with Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(3), 111-8.

I. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

McNulty, M. C., Fisher, A. G. (2001). Validity of using the Assessment of Motor and Process skills to estimate overall home safety in person with psychiatric conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 649-655.

J. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Doble, S.E., Fisk, J.D., Lewis, N., Rockwood, K. (1999). Test-retest reliability of the assessment of motor and process skills in elderly adults. *Occupational Therapy Journal of Research*, 19(3), 203-215.

K. Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

Erez, A.B-H., Katz, N. (2003). Cognitive Profiles of Individuals with Dementia and Healthy Elderly: The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G). *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 22(2), 29-42.

L. Perceive Recall Plan Perform Assessment (PRPP)

Steultjens, E.M.J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Graff, M.J.L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia patients: Test consistency and inter-rater agreement. *International Psychogeriatrics*, 24(4), 659-665.

M. Interview for Detoriation in Daily Living Activities in Dementia

Voigt-Radloff, S., Leonard, R., Schutzwahl M., Jurjanz L., Reuster T., Gerner A., Marschner K., van Nes F., Graff M., Vernooij-Dassen M., Rikkert MO., Holthoff V., Hull M. (2012). Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 382-90.

N. St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale

Fairbrother, G., Burke, D., Fell, K., Schwartz, R., Schuld, W. (1997). Development of the St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale. *International Psychogeriatrics*, 9(2), 115-22.

O. Structured Assessment of independent living skills (SAILS)

Mahurin, R.K., DeBettignies, B.H., Pirozzolo, F.J. (1991). Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia. *Journal of Gerontology*. 46(2), 58-66.

P. OTEPS (Occupational Therapy evaluation of Performance and Support)

Richardson, E.D, Nadler, J.D. (1995). Neuropsychologic Prediction of Performance Measures of daily living skills in Geriatric Patients. *Neuropsychologie*, 9(4), 565-572.

Q. META (Management of Everyday Technology Assessment)

Malinowsky, C., Nygård, L., Kottorp, A. (2011). Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 26-35.

R. Assessment of Competence in Technology Use

Rosenberg, L., Nygård, L., Kottorp, A. (2009). Everyday Technology Use Questionnaire: Psychometric Evaluation of a New Assessment of Competence in Technology Use. *Occupation, Participation and Health*, 29(2), 52-62.

S. Safety Assessment Scale

Poulin de Courval, L., Gélinas, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M., Sampalis, J., Dastoor, D. (2006). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 67-75.

E Bewertung der gefundenen Assessments mittels Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

- Das Assessment ist im Rahmen der Ergotherapie mit Menschen die an einer Demenz leiden einsetzbar
- es gibt mindestens eine Studie die die Testgütekriterien mit Menschen die an einer Demenz leiden überprüfen
- es zielt auf die Betätigungsperformanz in den Aktivitäten des Täglichen Lebens und den Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens ab
- eine englische oder deutsche Version ist verfügbar

Ausschlusskriterien

- das Assessment wurde mit Menschen sich in der Langzeitpflege befinden getestet
- es zielt nicht auf die Betätigungsperformanz ab
- es ist kein Ergotherapeutisches Assessment
- Die Studie stammt nicht aus einem westlichen Land.

Assessment	Inhalt	Ein-/Ausschlusskriterien
Ergotherapeutisches Assessment (EA)	<ul style="list-style-type: none"> • erfasst die Alltagsaktivitäten • erwachsene Patienten • Alltagsaktivitäten wie körperliche Selbstversorgung, eigenständige Lebensführung • Überprüft alltagsrelevanten Folgen sensomotorischer, neuropsychologischer und psychosozialer Funktionen <p>Schochat, T., Voigt- Radloff, S., Heiss, H.W. (2002). Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. <i>Gesundheitswesen</i>, 64, 243-252</p> <p>Wirtz, M.A., Voigt-Radloff, S. (2008). The International Classification of Functioning, Disability and Health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i>, 31(1), 23-32</p>	<p>Ausschlusskriterium: keine Validierungsstudie oder Reliabilitätsstudie für Menschen mit Demenz vorhanden</p> <p>Mit älteren Menschen validiert!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüft Betätigungsperformanz und eigenständige Lebensführung • Ergotherapeutisches Assessment • klientenzentriert <p>Bassler, C., Leonhart, R., Voigt-Radloff, S. (2007). Das Ergotherapeutische Assessment- Praktikabilität, inhaltliche Validität und interne Konsistenz des Selbsteinschätzungsbogens für Alltagstätigkeiten. <i>Ergoscience</i>, 3, 13- 21</p> <p>Heiss HW, Voigt-Radloff S, Schochat T (2003) Occupational Therapy Assessment (OTA): Validity and reliability for adults of various ages. <i>European Journal of Geriatrics</i> 5 (1), 23-9</p>
AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtungsinstrument • Auswahl aus Aktivitäten zur Selbstversorgung oder Haushalt • Beschreibt die Qualität der Betätigungsperformanz einer Person • 35 Motorische und Prozessbezogene Kriterien die mit 1-4 bewertet werden • Standardisierte Alltagsaktivitäten • Voraussetzung: 5-tägiger AMPS Workshop <p>Fisher, A.G. & Bray-Jones, K. (2010). Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1: Development, Standardization, and Administration</p>	<p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validierungsstudie vorhanden (Psychiatrische Erkrankungen) • Überprüft Betätigungsperformanz • Macht eine messbare Aussage über die Selbstständigkeit und die Performanz in ADL's/IADL's • Ergotherapeutisches Assessment • klientenzentriert <p>Cooper, M, Fisher, A. (2001). Validity of Using the Assessment of Motor and Process Skills To Estimate Overall Home Safety</p>

	<p>Manual, 7th edition. Fort Collin, Colorado: Tree Star Press, Inc.</p>	<p>in Persons With Psychiatric Conditions. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>.</p> <p>Merritt, B.K. (2011). Validity of using the AMPS to determine the need of assistance. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 65, 643-650.</p> <p>Hartman, M., Fisher, A.G., Duran, L. (1999). Assessment of Functional Ability of People with Alzheimer's Disease. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>, 6, 111-118</p>
<p>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problembereiche der Betätigungsperformanz identifizieren • Prioritäten des Klienten bezüglich seiner Betätigungsperformanz einstufen • Ausführung und Zufriedenheit des Klienten in bezug auf die Problembereiche bewerten • Zu messen, wie sich die Wahrnehmung des Klienten auf seine Betätigungsprobleme verändert • Ergotherapeutisches Assessment <p>Matrotzki, U., Mentrup, C. Weber, P. COPM. Canadian Occupational Performance Measure, Fourth edition. Idstein : Schulz- Kirchner Verlag</p>	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisher keine Validitäts- und Reliabilitätsstudie mit Menschen die an einer Demenz leiden gefunden <p>McCull et al. (2000). Validity and community utility of the COPM. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 67(1), 22-30.</p> <p>Chan, C. & Lee, T. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. <i>Occupational Therapy International</i> 4(3), 231-249</p>
<p>Perceive, Recall, Plan and Perform Assessment (PRPP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrument zur quantitativen und qualitativen Erfassung von Problemen bei der Informationsverarbeitung • Anwendbar für jede Patientengruppe, innerhalb einer frei wählbaren Alltagsaktivität • Nicht die Aktivität ist Standardisiert, sondern die Deskriptoren, die das Informationsverhaltensverhalten umschreiben • Aus Ergebnissen werden Behandlungsschwerpunkte abgeleitet und therapeutische Interventionen geplant 	<p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reliabilitätsstudie für Menschen mit Demenz vorhanden • Keine Validitätsstudie für Menschen mit Demenz vorhanden • Assessment zielt auf Betätigungsperformanz ab • Ergotherapeutisches Assessment <p>Steultjens, E.M.J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Graff, M.J.L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzung zum vollumfänglichen Verständnis: Mehrtägiger Kurs <p>Busch, M., Pirnbaum, E., Weise, A. (2007). Das PRPP- System: Erfassung der Informationsverarbeitungsprozesse im Rahmen von Alltagsaktivitäten. Ergotherapie und Rehabilitation, 7, 11-17.</p>	<p>patients: Test consistency and inter-rater agreement. International Psychogeriatrics, 24(4), 659-665.</p>
Dementia Quality of Live Instrument (DQoL)	<ul style="list-style-type: none"> Misst die Lebensqualität 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> Assessment zielt nicht auf die Betätigungsperformanz ab Validitätsstudie vorhanden <p>Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schutzwahl, M., Jurjanz, L., Reuster, T., Gerner, A., Marschner, K., van Nes, F., Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, MO., Holthoff, V., Hull, M. (2012). Dementia quality of life instrument--construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. European Journal of Neurology, 19(3), 376-84.</p>
The ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)	<p>A-ONE ADL scale and A-ONE Neurobehavioral (NB) scale</p> <ul style="list-style-type: none"> Standardisiertes Instrument Level der Unterstützung für den Patienten definieren Den Grad der Selbstständigkeit definieren Einsetzbar wenn das Waschen und Anziehen im Vordergrund steht The occupational therapist scores 22 test items based on the level of assistance needed to do ADL tasks as well as underlying neurobehavioral impairments impacting that performance 	<p>Ausschlusskriterium: Assessment setzt sich nur mit ADL auseinander (waschen, anziehen) und nicht mit IADL.</p> <p>Arnadottir, G., Fisher, A.G. (2008). Rasch analysis of the ADL scale of the A-ONE. American Journal of Occupational Therapy. 62(1), 51-60.</p> <p>Arnadottir, G. (2010). Measuring the impact of body functions on occupational performance : Validationa of the ADL- focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation (A-ONE). Umea : Arkitektkopia.</p>
The Kitchen Task Assessment	<ul style="list-style-type: none"> Standardisiertes Assessment In allen Graden der Demenz anwendbar. 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> Assessment setzt sich nur mit IADL

	<ul style="list-style-type: none"> • Misst die Betätigungsperformanz • Beobachtungsinstrument • Aufgabenorientiert (nur Küchenaktivitäten) • Skala von 0-3 (0 selbstständige funktion, 3 abhängige Funktion) • Nicht klientenzentriert 	<p>auseinander, nicht mit ADL.</p> <p>Baum, C., Edwards, D.F. (200). Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: the Kitchen Task Assessment. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 47(5), 431- 436.</p>
<p>Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misst die Kognition 7 Bereichen mit 23 Subtests • Testbereiche: Orientierung, Visuelle und spatial Wahrnehmung, praxis, visuomotorische Organisation, Denkprozesse und Gedächtnis • Bewertungsskala von 1-4 (1: grosses Defizit, 4: gute Ausführung), ausser bei Orientierung (Score von 1-8) • Das Assessment gibt es in Englisch und Hebräisch 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Überprüfung der Betätigungsperformanz • keine Deutsche Übersetzung <p>Erez, A.B-H., Katz, N. (2003). Cognitive Profiles of Individuals with Dementia and Healthy Elderly: The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G). <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i>, 22(2), 29-42.</p>
<p>Interview for Detoriation in Daily Living Activities in Dementia (IDDD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teil 1: Initiative für Alltagsaktivitäten (ADL/IADL) 9 Fragen an den Angehörigen ob die an einer Demenz leidende Person in den letzten sieben Tagen „nie, selten, manchmal, oft, immer/ weiss nicht“ die Initiative ergreift. • Teil 2: Ausführen von Alltagsaktivitäten (ADL/IADL) 11 Fragen an den Angehörigen ob die an Demenz leidende Person in den letzten sieben Tagen „nie, selten, manchmal, oft, immer/ weiss nicht“ Hilfe benötigt. 	<p>Einschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erfasst Betätigungsperformanz <p>Validitätsstudie mit Menschen die an einer Demenz leiden vorhanden</p> <p>Voigt-Radloff, S., Leonard, R., Schutzwohl M., Jurjanz L., Reuster T., Gerner A., Marschner K., van Nes F., Graff M., Vernooij-Dassen M., Rikkert MO., Holthoff V., Hull M. (2012). Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: construct and concurrent validity in patients with mild to moderate dementia. <i>International Psychogeriatrics</i>, 24(3), 382-90.</p>
<p>Structured Assessment of independent living Skills (SAILS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Misst die Performanz von funktionellen motorischen Fertigkeiten, kognitiven, instrumentellen und Fähigkeiten der sozialen Performanz • Standardisiert • 50 Aktivitäten • Beobachtungsinstrument 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studie ist zu alt (1991) <p>Mahurin, R.K., DeBettignies, B.H., Pirozzolo, F.J. (1991). Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia. <i>Journal of Gerontology</i>. 46(2), 58-66.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenorientiert • Nicht klientenzentriert 	
Occupational Therapy evaluation of Performance and Support (OTEPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Studie wurde mit Langzeitpflege Patienten durchgeführt. 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisher keine Validitäts- und Reliabilitätsstudie mit Menschen die an einer Demenz leiden gefunden <p>Richardson, E.D, Nadler, J.D. (1995). Neuropsychologic Prediction of Performance Measures of daily living skills in Geriatric Patients. Neuropsychologie, 9(4), 565-572.</p>
St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale	<ul style="list-style-type: none"> • Studie untersucht Menschen mit frühem kognitivem Abfall. 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisher keine Validitäts- und Reliabilitätsstudie mit Menschen die an einer Demenz leiden gefunden <p>Fairbrother, G., Burke, D., Fell, K., Schwartz, R., Schuld, W. (1997). Development of the St. George Hospital Memory Disorders Clinic Occupational Therapy Assessment Scale. International Psychogeriatrics, 9(2), 115-22.</p>
Management of Everyday Technology Assessment (META)	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtungsinstrument • Assessment überprüft die Handhabung von Technologie im Alltag. 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Überprüfung der Betätigungsperformanz <p>Malinowsky, C., Nygård, L., Kottorp, A. (2011). Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 18(1), 26-35.</p>
Everyday Technology Use Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Interview • Assessment überprüft die Handhabung von Technologie im Alltag. 	<p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Überprüfung der Betätigungsperformanz <p>Rosenberg, L., Nygård, L., Kottorp, A. (2009).</p>

		Everyday Technology Use Questionnaire: Psychometric Evaluation of a New Assessment of Competence in Technology Use. <i>Occupation, Participation and Health</i> , 29(2), 52-62.
Safety Assessment Scale	<ul style="list-style-type: none"> • Skala mit 32 Fragen in der langen Version und 19 Fragen in der Kurzversion • Überprüft die Sicherheit von Menschen die an einer Demenz leiden und zuhause wohnen. 	Ausschlusskriterium: <ul style="list-style-type: none"> • keine Überprüfung der Betätigungsperformanz <p>Poulin de Courval, L., Gélinas, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M., Sampalis, J., Dastoor, D. (2006). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 73(2), 67-75.</p>
The care needs assessment pack for dementia (CARE NAPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel des Assessment sind Bedürfnisse des Menschen mit Demenz zu erfassen 	Ausschlusskriterium: <ul style="list-style-type: none"> • keine Überprüfung der Betätigungsperformanz • Validitäts- und Reliabilitätsstudie vorhanden. <p>McWalter, G., Toner, H., McWalter, A., Eastwood, J, Marshall, M. & Turvey, T. (1998) A community needs Assessment: The Needs Assessment Pack for Denentia (CARENAPD) its development, reliability and validity. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 13, 16-22</p>
The daily Activities Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • erfragt die Selbstständigkeit in ADL's bei Menschen mit einer Alzheimer Demenz 	Ausschlusskriterium: keine Überprüfung der Betätigungsperformanz Validitäts- und Reliabilitätsstudie vorhanden. Oakley, F., Lai, J.S & Sunderland, T.(1999). A validation study of the daily activities questionnaire: an activities of daily living assessment for people

The daily Activities Scale	<ul style="list-style-type: none">• überprüft die ADL's, die ein Mensch mit Demenz ausübt• Essen vorbereiten, Essen, Getränke vorbereiten, Trinken, Anziehen, Hygiene, Zahnpflege, Duschen/Baden, Toilettenbenutzung, Kommunikation, Orientation, Einkaufen, Telefonieren, Hobby• Jede Kategorie kann in 5 Kategorien abgestuft werden.	<p>with Alzheimer's disease. Journal of Outcome Measures, 3(4),297-307.</p> <hr/> <p>Ausschlusskriterium:</p> <ul style="list-style-type: none">• keine Überprüfung der Betätigungsperformanz• Validitäts und Reliabilitätsstudie vorhanden mit Menschen die an einer Demenz leiden. <p>Bucks, R.S., Ashworth, D.L., Wilcock, G.K, Siegfried, K. (1996). Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. Age and Ageing, 25, 113-120.</p>
----------------------------	---	--

F Beurteilungen der Hauptstudien

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Iaw, M , Stewart, D , Pollock, N , Ietts, I , Bosch, j , & Westmorland, M , 1998 McMaster University

CITATION:

Hartman, M., Fisher, A.G. & Duran, L. (1999). Assessment of Functional Ability of People with
Alzheimer's Disease. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 6, 111-118.

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question? Die Sensitivität mit der das AMPS im Unterschied zwischen unabhängigen Menschen, Menschen die an einer leichten Demenz leiden (mit wenig Unterstützung zu Hause leben) und jenen die an einer moderaten Demenz leiden (mit viel bis maximaler Unterstützung zu Hause) Wie effektiv ist der AMPS motor and process cut- off um zu messen welche Personen die an einer Alzheimer Demenz leiden in der Gemeinde Betreuung brauchen? Nehmen ADL motor und ADL process Fertigkeiten signifikant ab wenn das Bedürfnis an Betreuung in der Gemeinde zunimmt? Falls eine Abnahme des Level des Funktionierens im Alltag bei den Menschen die an einer Demenz leiden stattfindet, steigt dann die Zahl der Menschen unter dem AMPS cut-off Punkt? Bezug zu ET und Forschungsfrage: Die Sensitivität (Kriterium der Validität) mit der das AMPS (ergotherapeutisches Assessment) Menschen die an einer Alzheimer Demenz leiden und verschiedene Formen von Unterstützung bekommen, identifizieren kann.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typische Assessments für Menschen die an Demenz leiden sind Instrumente zur Einschätzung der Kognition • Die Resultate der kognitiven Tests sagen jedoch nicht viel über die Fertigkeiten des Klienten in Alltagsaktivitäten zu handeln aus • Deshalb ist es wichtig neben der Kognition auch die Fertigkeiten in den ADL zu messen • Das AMPS wurde entwickelt um die Qualität der Performanz in Alltagsfertigkeiten einer Person zu messen

<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Eruierung der Sensitivität des AMPS Assessment.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapeuten und Klienten stammen aus verschiedenen Regionen der Welt • Die Einstufung in die 3 Levels (selbstständig, minimale Unterstützung, mittlere bis maximale Unterstützung) wurde durch eine Expertenbeurteilung vorgenommen 						
<p>SAMPLE:</p> <p>N = 788</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Gruppe 1: gesunde ältere Menschen, zu Hause lebend, zwischen 60-90 Jahren (n 329)</p> <p>Gruppe 2: Personen mit Alzheimer Demenz die minimale Unterstützung oder Anleitung brauchen, zu Hause lebend über 50 Jahre alt (n 167)</p> <p>Gruppe 3: Personen mit Alzheimer Demenz die mittlere bis maximale Unterstützung brauchen, zu Hause lebend über 50 Jahre alt (n 292)</p> <p>Die Gruppen sind sich ähnlich, jedoch unterscheidet sich die Grösse der Gruppen etwas.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Es wird kein Ethikprozedere beschrieben! Daten stamen aus AMPS Datenbank.</p>						
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Das AMPS wurde mindestens 2x pro Person durchgeführt.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="422 1384 1519 1850"> <tr> <td data-bbox="422 1384 970 1496">lineare AMPS Fertigkeitenmessung</td> <td data-bbox="970 1384 1519 1496">Rasch Analyse</td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 1496 970 1731"> Hypothese 1 Signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen (mit den abhängigen Variablen ADL Motorisch und ADL Prozessbezogen) <ul style="list-style-type: none"> • Selbstständig • Minimale Unterstützung • Moderate Unterstützung </td> <td data-bbox="970 1496 1519 1731"> Einfaktorielle ANOVA's Post Hoc Test </td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 1731 970 1850">Hypothese 2</td> <td data-bbox="970 1731 1519 1850">Chi-quadrat Verteilung der Selbstständigkeit</td> </tr> </table>	lineare AMPS Fertigkeitenmessung	Rasch Analyse	Hypothese 1 Signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen (mit den abhängigen Variablen ADL Motorisch und ADL Prozessbezogen) <ul style="list-style-type: none"> • Selbstständig • Minimale Unterstützung • Moderate Unterstützung 	Einfaktorielle ANOVA's Post Hoc Test	Hypothese 2	Chi-quadrat Verteilung der Selbstständigkeit
lineare AMPS Fertigkeitenmessung	Rasch Analyse						
Hypothese 1 Signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen (mit den abhängigen Variablen ADL Motorisch und ADL Prozessbezogen) <ul style="list-style-type: none"> • Selbstständig • Minimale Unterstützung • Moderate Unterstützung 	Einfaktorielle ANOVA's Post Hoc Test						
Hypothese 2	Chi-quadrat Verteilung der Selbstständigkeit						

<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapeuten haben alle den 5 tägigen AMPS Kurs belegt und stammen aus Nordamerika, Skandinavien, Australasien oder England • Die Rater wählten 3-5 Aktivitäten aus den 63 Standardisierten Aktivitäten (Users Manual) aus (Aktivität muss für den Klienten interessant und familiär sein), aus welchen die Klienten 2-3 Aufgaben auswählen um sie auszuführen. Bevor die Aktivität beginnt klären Rater und Klient die Elemente der Aufgabe und die verschiedenen Geräte und Utensilien die gebraucht werden. Den Klienten war der Durchführungsort familiär, falls diese im klinischen Setting statt fand, wurden die Dinge so versorgt wie es sich der Klient von zu Hause gewohnt ist. • Während der Klient die Aktivität durchführt, bewertet der Rater die Performanz der AMPS Motor und Process Skills Items • mit einer 4 Punkte Bewertungsskala (4 Kompetent/3 Fragwürdig/2 ineffektiv/1 Defizitär, Risiko für Verletzung, Gefahr, oder der Therapeut muss intervenieren). Die Daten wurden anschliessend durch ein Computerprogramm (FACETS) ausgewertet, ob die Person unter (auf Unterstützung angewiesen) oder oberhalb des AMPS Cut-off (s/s) liegt. • Das Level der Klienten wurde von den Ergotherapeutin eingeschätzt (in 3 globale Level eingeteilt, welche von Level 1 Selbstständig zu Hause, Level 2 minimale Unterstützung zu Hause bis zu Level 3 mittlere zu maximaler Unterstützung zu Hause/ oder unmöglich in der Gemeinde zu leben reichte). Die Einschätzung geschah auf einer Expertenbeurteilung.
<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Hypothesis 1</p> <p>Durch zwei Einzelfaktoriellen Varianztests, mit der abhängigen Variable ADL motor oder ADL process konnten signifikante Ergebnisse erzielt werden.</p> <p>Die ADL Motor und ADL Process Fertigkeiten sinken signifikant, wenn das Level des Funktionierens von Menschen mit Alzheimer Demenz sinkt (Mean Motor, 2.8 (s/s)/ 2.4 (minimale Unterstützung)/1.9 (mittel zu max. Unterstützung), (Mean Process 1.7 (s/s)/ 0.6 (minimale Unterstützung)/-0.2 (mittel zu max. Unterstützung))</p> <p>Hypothesis 2</p> <p>Durch einen CHi Square Test der Selbstständigkeit wurden signifikante Resultate für die AMPS Motor und Process Skala gewonnen.</p> <p>Die Zahl der Menschen die an einer Alzheimer Demenz leidet und sich unter dem AMPS cut-off Punkt befindet steigt signifikant, wenn der allgemeine Level des Funktionierens abnimmt. chi quadrat (ADL motor): 175.4; $p < 0.0001$/ (ADL process): 617.1; $p < 0.0001$</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Informationen über den Grad der Selbstständigkeit die eine Ergotherapeutin durch den AMPS bekommt, kann sie in der Abschätzung des Grades an Unterstützung die ihr Klient benötigt unterstützen • Klienten die auf dem Prozessbezogenen Messinstrument innerhalb der Risiko Zone liegen, haben ein erhöhtes Risiko von kognitivem Abfall • Diese Erkenntnis hilft wiederum der Ergotherapeutin um Menschen in Risikozonen zu unterstützen die Selbstständigkeit zu wahren • Die Prozess Skala ist empfindlicher um den Grad an Unterstützung abzuschätzen als die Motorische Skala

<p>Drop-outs were reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 Personen mit Alzheimer Demenz die selbstständig sind wurden ausgeschlossen, da 3 Personen für eine Gruppe zu wenig aussagekräftig sind.
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie zeigt, dass die AMPS Prozess Skala genauere Unterschiede zwischen den drei Gruppen zeigte, als die AMPS Motor Skala. • Menschen die zwischen +/- 0.3 logits vom 1.0 logit des Performanz cut-off entfernt sind, könnten von einer Abnahme der prozessbezogenen Performanz Fertigkeiten, aufgrund frühen Symptomen einer Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen betroffen sein. • Die in vorliegender Studie gefundenen Erkenntnisse sind wichtig für die ergotherapeutische Arbeit <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapeuten und Klienten stammen aus verschiedenen Regionen der Welt • Die Einstufung in die 3 Levels (selbstständig, minimale Unterstützung, mittlere bis maximale Unterstützung) wurde durch eine Expertenbeurteilung vorgenommen

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Iaw, M , Stewart, D , Pollock, N , Ietts, I , Bosch, j , & Westmorland, M , 1998
McMaster University

CITATION:

Cooper Mc Nulty, M. & Fisher, A.G. (2001). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to estimate overall home safety. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 55(6), 649 - 655

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p>Hat das AMPS eine prognostische Validität um eine allgemeine Sicherheit zu Hause von Personen mit psychischen Erkrankungen zu evaluieren?</p> <p>Bezug zu ET und Forschungsfrage: Kann die Allgemeine Sicherheit zu Hause durch den AMPS (ergotherapeutisches Assessment) in der Klinik oder zu Hause bestimmt werden?</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sicherheit ist gemäss Fisher (1997) sehr nah verbunden mit funktioneller Selbstständigkeit. Funktionelle Selbstständigkeit ist mehr als die Fähigkeit ausgewählte Alltagsaktivitäten ohne Hilfe auszuführen. Selbstständigkeit braucht die Fertigkeit der Person eine Serie von Teilschritten effektiv, effizient und sicher auszuführen welche von einer selbstständigen täglichen Routine verlangt werden.
<p>DESIGN: <input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Validitätsstudie um die Sensitivität, die Spezifität und Voraussagenswerte zu überprüfen</p> <p>Angemessene Form um Sicherheit zu überprüfen!</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> sehr kleine Untersuchungsgruppe Nur ein einziger Rater bewerte alle Untersuchungsteilnehmer- BIAS Rater waren nicht verblindet

<p>SAMPLE: N = 20</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>6 Klienten mit shizoaffektive Störung, 5 Klienten mit bipolar affektiver Störung, 4 Klienten mit Depression, 2 Klienten mit Demenz, 2 Klienten mit Shizoprenie, 1 mit Klient mit dissoziativer Störung</p> <p>Das Behandlungsteam schätzte die Klienten ein ob sie an irgendeiner Art von kognitivem Defizit leiden, falls ja wurden die Klienten gefragt ob sie teilnehmen möchten.</p> <p>Sie litten unter kognitiven Defiziten wie Schwierigkeiten Anweisungen zu folgen, sich etwas merken, sich konzentrieren, neue Skills lernen, auf Details in der Umwelt achten, Teilschritte beginnen und sequenzieren, Zeitplänen und der Zeit folgen, Abstrakt denken, Probleme lösen oder mit primären oder sekundären Konsequenzen rechnen, die auf ihr Handeln folgen könnten.</p> <p>Alle Personen hatten zum Zeitpunkt der Studie stabile kognitive Fähigkeiten.</p> <p>Die verschiedenen Diagnosegruppen verfügen über ungenügende Gruppengrößen, als eine Gruppe betrachtet (Psychische Erkrankungen) ist die Gruppengröße akzeptabel.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Klienten wurden gefragt ob sie an der Studie teilnehmen möchten • Genehmigung durch die Human research review boards • Schriftliche Einverständniserklärung durch Studienteilnehmende. 							
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das AMPS wurde ein Mal vor Klinikaustritt und 1x nach Klinikaustritt durchgeführt. • Das 29 SAFER Kriterien wurden bei der 2. Durchführung des AMPS bewertet. <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="443 1332 1524 1870"> <tr> <td data-bbox="443 1332 1045 1512">lineare AMPS Fertigkeitenmessung</td> <td data-bbox="1045 1332 1524 1512">Rasch Analyse</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1512 1045 1780"> <p>Vorraussagensvalidität zwischen dem SAFER und dem AMPS</p> <p>Pearson's Correlations Coefficient</p> </td> <td data-bbox="1045 1512 1524 1780"> <p>AMPS: Verschiedene Studien unterstützen die Validität (zwischen verschiedenen Altersgruppen, zwischen Kulturen, über Geschlecht und in verschiedenen Umgebungen, sowie gute Inter Rater Reliabilität zwischen AMPS Bewerter.</p> <p>Safer: angepasste Version mit 29 Items ist valide und reliabel</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1780 1045 1870">Sensitivität, Spezifität und Prognostische Werte</td> <td data-bbox="1045 1780 1524 1870">Formeln gemäss Portney & Watkins (2000)</td> </tr> </table>		lineare AMPS Fertigkeitenmessung	Rasch Analyse	<p>Vorraussagensvalidität zwischen dem SAFER und dem AMPS</p> <p>Pearson's Correlations Coefficient</p>	<p>AMPS: Verschiedene Studien unterstützen die Validität (zwischen verschiedenen Altersgruppen, zwischen Kulturen, über Geschlecht und in verschiedenen Umgebungen, sowie gute Inter Rater Reliabilität zwischen AMPS Bewerter.</p> <p>Safer: angepasste Version mit 29 Items ist valide und reliabel</p>	Sensitivität, Spezifität und Prognostische Werte	Formeln gemäss Portney & Watkins (2000)
lineare AMPS Fertigkeitenmessung	Rasch Analyse							
<p>Vorraussagensvalidität zwischen dem SAFER und dem AMPS</p> <p>Pearson's Correlations Coefficient</p>	<p>AMPS: Verschiedene Studien unterstützen die Validität (zwischen verschiedenen Altersgruppen, zwischen Kulturen, über Geschlecht und in verschiedenen Umgebungen, sowie gute Inter Rater Reliabilität zwischen AMPS Bewerter.</p> <p>Safer: angepasste Version mit 29 Items ist valide und reliabel</p>							
Sensitivität, Spezifität und Prognostische Werte	Formeln gemäss Portney & Watkins (2000)							

<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>AMPS Der Therapeut wählt 5 oder 6 Aktivitäten aus den 63 Standardisierten Aktivitäten (Users Manual) aus gemäss den Interessen und Fertigkeiten des Klienten, aus diesen wählt der Klient 2-3 Aufgaben aus der er oder sie tun möchte. Bevor die Aktivität beginnt klären Rater und Klient die Elemente der Aufgabe und die verschiedenen Geräte und Utensilien die gebraucht werden. Den Klienten war der Durchführungsort familiär, falls diese im klinischen Setting stattfand, wurden die Dinge so versorgt wie es sich der Klient von zu Hause gewohnt ist. Während der Klient die Aktivität durchführt, bewertet der Rater die Performanz der AMPS Motor und Prozess Skills Items mit einer 4 Punkte Bewertung (4 Kompetent/3 Fragwürdig/2 ineffektiv/1 Defizitär- Therapeut muss intervenieren Risiko für Verletzung, Gefahr, oder Abbruch der Handlung).</p> <p>SAFER Safer: 97 Safety Items in 14 Kategorien. 29 der 97 SAFER Items wurden ausgewählt, da sie mit kognitivem Defizit zu tun haben. Jedes Item wird als Problemitem (1P.) oder kein Problemitem (0) bewertet. Braucht jemand bei einem Item Hilfe, wird dies als Problemitem angesehen, je höher die SAFER Zahl, desto kleiner das Sicherheitsrisiko.</p> <p>Procedere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die 1. AMPS Beobachtung fand 1-15 Tage bevor die Patienten aus dem Spital nach Hause gingen statt. Klienten waren 2- 34 Tage im Spital. • Die SAFER Einschätzung sowie die 2. AMPS Beobachtung fand beim Klienten zu Hause statt, 5-29 Tage nach Austritt vom Spital. • Diese Zeit wird als angebracht betrachtet, damit sich der Klient wieder an seine Umgebung zu Hause gewöhnen kann und eine genauere Performanz zu zeigen. • Ein Autor (trainierter AMPS und SAFER Rater) bewertete beide AMPS und den SAFER.
<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Vorraussagensvalidität (predictive Validity)</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwischen den beiden Assessments (AMPS, SAFER) liegt die prognostische Validität in den vier Skalen(Clinic Motor & Process und Home Motor & Process) im mittleren Bereich, Pearson's Coeffizient = < 0.67 • Werden beide Skalen (Motor & Process) jeweils gemeinsam für Home und Clinic verrechnet ist der Pearson's Coeffizient bei = Zuhause 0.75/ Klinik 0.73. D.h. gute Übereinstimmung der beiden Assessments wenn Motor & Process Skills angeschaut werden. <p>Sensitivität ADL Process (home, clinic)/ ADL Process and Motor (home, clinic)= 78% gut (100% ist das Maximum)</p> <p>Spezifität ADL Process (home, clinic): 82%, 55% / ADL Process and Motor (home, clinic): 73%, 64% Overall Predictive Value= ADL Process (home, clinic): 80%, 65% / ADL Process and Motor (home, clinic): 75%, 70%</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung des AMPS in der Klinik hat ungefähr die gleiche moderate Beziehung zur allgemeinen Sicherheit Zuhause wie die Durchführung des AMPS Zuhause. • Die Spezifität und Sensitivität sowie die Voraussagenskraft war am wahrheitsgetreusten, wenn die Ergotherapeutin die Performanzskala alleinig bewertete.

<p>Drop-outs were reported? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es wird von keinen Drop- outs berichtet.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Sensitivität, Spezifität und predictive values, zeigten einen klinisch aussagekräftigen Unterschied zwischen der Fähigkeit des AMPS (zu Hause durchgeführt) und dem AMPS (in der Klinik durchgeführt) um Aussagen über die Sicherheit der Klienten machen zu können. • Am höchsten war die Spezifität und die overall predictive value jedoch wenn die Process Skala des AMPS alleine zu Hause gemessen wurde. • Die Studie konkludiert, dass die AMPS process Skala für einen Ergotherapeuten der die allgemeine Sicherheit eines Klienten zu Hause erfassen möchte, den zuverlässigsten Wert zeigt. <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch die kleine Untersuchungsgruppe (n=20) können die Studienergebnisse nur mit Vorsicht generalisiert werden • In weiteren Studien sollten eine grössere Untersuchungsgruppe miteinbezogen werden <p>BIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur ein einziger Rater bewerte alle Untersuchungsteilnehmer, in weiteren Studien sollten mehr als ein Rater miteinbezogen werden • Rater war nicht verblindet

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
 McMaster University

CITATION:

Meritt, B.K. (2011). Validity of Using the Assessment of Motor and Process Skills to Determine the Need for Assistance. The American Journal of Occupational Therapy, 65, 643-650.

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p>Zweck: Existiert eine Signifikante Verbindung zwischen der Fähigkeit ADL auszuführen und dem globalen Funktionslevel? Kann durch die Verwendung des AMPS unterschieden werden ob ein Mensch selbstständig in der Gemeinde leben kann oder ob er Unterstützung braucht? Neue Cut off Punkte kreieren um die Sensibilität und Spezifizierung zu verbessern.</p> <p>Bezug zu ET und Forschungsfrage: die Menge an Unterstützung in der Gemeinde durch den AMPS zu bestimmen, Validität des AMPS. Diagnosekategorie Demenz- Wie valide sind AMPS Motor und AMPS Prozess Skala um Unterstützung für Menschen die an einer Demenz leiden in der Gemeinde zu bestimmen?</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <p>Lagergren (2005) statuiert, dass der stärkste Faktor für die Menge der Unterstützung zu Hause stark von den Fähigkeiten in ADL, PADL, IADL abhängt ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die ET ist eine wichtige Person im Evaluationsprozess • AMPS (Fisher, 2006) ist ein international gekanntes Assessment um die Qualität der ADL Performanz zu messen
<p>DESIGN: <input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Retrospektive, kriteriums-basierte Validation der AMPS ADL Motorischen und ADL Prozessbezogenen Fertigkeiten mittels einer RASCH Analyse, zwei einzelfaktoriellen ANOVA's und einer ROC Kurven Analyse.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Umwandlung der rohen ordinalen Item Punktezahls mittels Rasch Analyse in das lineare AMPS Motor und Prozess Messinstrument 2. Zwei einzelfaktorielle ANOVA Analysen (eine für die motorischen Fertigkeiten und die andere für die Prozessbezogenen Fertigkeiten) wurden durchgeführt um die Grösse des Effekts zu bestimmen. Effektgrösse wurde anhand des Cohen's Measure of association bewertet. (0.1;0.6;0.14 indizieren einen kleinen; mittleren; grossen Effekt) 3. ROC Kurven Analyse: Die AMPS globalen Funktionslevel Ratings wurden in eine dichotome Variable umgewandelt (selbstständig; auf Hilfe angewiesen), Split- Sample Validation mit ca. 60% der Teilnehmer (n=38540) wurden randomisiert ausgewählt → diese Subgruppe wurde die Test Gruppe um die ROC Kurve zu generieren und im Anschluss das Vorrassagensmodell zu entwickeln 4. AUC: die Area unter der Kurve wurde zur Ermittlung bestimmt, ob die beiden ADL Motor und ADL Prozess Messinstrumente die Klienten korrekt in selbstständig oder von Unterstützung abhängig klassifizieren konnten/darauf folgend wurde die Sensitivität und Spezifität des AMPS getestet ob ein neuer Cut-off Punkt für die Unterstützung von Personen zu Hause generiert werden soll 5. Danach wurde jede einzelne Diagnosegruppe mittels ROC Kurve analysiert <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p>

<p>SAMPLE: N = 64'466</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64'466 Gespeicherte Daten auf der AMPS Datenbank zwischen 1999-2005 • Einschlusskriterien: mindestens je 2 x die prozessbezogenen und 2x die motorischen Fertigkeiten getestet, < 16 Jahre, nur von einem Rater gemessen, keine Messfehler, Geschlecht, Alter und globales Funktionslevel bekannt, Männer (42.9), Frauen (57.1), aus Nordamerika, Grossbritannien, Nordischen Ländern, Europäischen Ländern, Neuseeland, Australien und Asien stammend. • Globale Diagnosekategorien: Gesund, Risiko, schwache ältere Menschen, leichte Lernschwäche, Neurologische Probleme, Entwicklungsverzögerung, andere neurologische Beschwerden, Schlaganfall (hemisphärisch), Muskuloskeletale Beschwerden, Medikamentös, Psychische Störung, Demenz, andere Gedächtnisstörungen, andere Diagnosen • Jede Diagnosekategorie wurde in die drei globalen funktionellen Level eingestuft, Selbstständig; minimale Unterstützung und mittlere Unterstützung. <p>Alle globalen Diagnosekriterien, sowie die 3 Gruppen (selbstständig, min. Unterstützung und mod. Unterstützung) verfügten über eine genügende Grösse der Stichprobe.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja, eine Genehmigung wurde bei der Colorado State University eingeholt. <p>Keine Genehmigung der Patienten, da die Studie retrospektiv aus der AMPS Datenbank erstellt wurde!</p>								
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Das AMPS wurde mindestens 2x pro Person durchgeführt.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="443 1299 1519 2020"> <tr> <td data-bbox="443 1299 1045 1496"> <p>AMPS cut off Messpunkt Aktivitäten des Täglichen Lebens und Instrumentelle Aktivitäten des Täglichen Lebens</p> <p>Motorische ADL Fertigkeiten Prozessbezogene ADL Fertigkeiten</p> </td> <td data-bbox="1045 1299 1519 1496"> <p>Rasch Analyse Validierung und Reliabilität des AMPS für verschiedene Altersgruppen, zwischen Männer und Frauen</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1496 1045 1715"> <p>Globales Niveau des Funktionieren im Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selbstständig zu Hause lebend ➤ Minimale Unterstützung, zu Hause lebend ➤ Moderate Unterstützung, zu Hause Lebend </td> <td data-bbox="1045 1496 1519 1715"> <p>AMPS globales Funktions-Level Rating durch Klinische Beurteilung (Evidenz dass Klinische Beurteilung eine der besten Methoden ist, um das globale Funktionieren zu Hause zu bestimmen.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1715 1045 1912"> <p>Eine "Erwarteter Bedarf an Unterstützung zu Hause" Variable für motorische Skala und eine gleiche Variable für die prozessbezogene Skala zu generieren</p> </td> <td data-bbox="1045 1715 1519 1912"> <p>Split Sample Validation (ROC/AUC) Die Übereinstimmung zwischen der "Erwarteter Bedarf an Unterstützung" Variable mit der Klinischen Beurteilung des Bedarfs an Unterstützung wurde analysiert → Validierung des Voraussagensmodells.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1912 1045 2020"> <p>AUC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie Prognostische Validität → "Relative predictive validity" über die verschiedenen Diagnosekategorien hinweg</p> </td> <td data-bbox="1045 1912 1519 2020"> <p>ROC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie entwickelt.</p> </td> </tr> </table>	<p>AMPS cut off Messpunkt Aktivitäten des Täglichen Lebens und Instrumentelle Aktivitäten des Täglichen Lebens</p> <p>Motorische ADL Fertigkeiten Prozessbezogene ADL Fertigkeiten</p>	<p>Rasch Analyse Validierung und Reliabilität des AMPS für verschiedene Altersgruppen, zwischen Männer und Frauen</p>	<p>Globales Niveau des Funktionieren im Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selbstständig zu Hause lebend ➤ Minimale Unterstützung, zu Hause lebend ➤ Moderate Unterstützung, zu Hause Lebend 	<p>AMPS globales Funktions-Level Rating durch Klinische Beurteilung (Evidenz dass Klinische Beurteilung eine der besten Methoden ist, um das globale Funktionieren zu Hause zu bestimmen.</p>	<p>Eine "Erwarteter Bedarf an Unterstützung zu Hause" Variable für motorische Skala und eine gleiche Variable für die prozessbezogene Skala zu generieren</p>	<p>Split Sample Validation (ROC/AUC) Die Übereinstimmung zwischen der "Erwarteter Bedarf an Unterstützung" Variable mit der Klinischen Beurteilung des Bedarfs an Unterstützung wurde analysiert → Validierung des Voraussagensmodells.</p>	<p>AUC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie Prognostische Validität → "Relative predictive validity" über die verschiedenen Diagnosekategorien hinweg</p>	<p>ROC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie entwickelt.</p>
<p>AMPS cut off Messpunkt Aktivitäten des Täglichen Lebens und Instrumentelle Aktivitäten des Täglichen Lebens</p> <p>Motorische ADL Fertigkeiten Prozessbezogene ADL Fertigkeiten</p>	<p>Rasch Analyse Validierung und Reliabilität des AMPS für verschiedene Altersgruppen, zwischen Männer und Frauen</p>								
<p>Globales Niveau des Funktionieren im Alltag</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selbstständig zu Hause lebend ➤ Minimale Unterstützung, zu Hause lebend ➤ Moderate Unterstützung, zu Hause Lebend 	<p>AMPS globales Funktions-Level Rating durch Klinische Beurteilung (Evidenz dass Klinische Beurteilung eine der besten Methoden ist, um das globale Funktionieren zu Hause zu bestimmen.</p>								
<p>Eine "Erwarteter Bedarf an Unterstützung zu Hause" Variable für motorische Skala und eine gleiche Variable für die prozessbezogene Skala zu generieren</p>	<p>Split Sample Validation (ROC/AUC) Die Übereinstimmung zwischen der "Erwarteter Bedarf an Unterstützung" Variable mit der Klinischen Beurteilung des Bedarfs an Unterstützung wurde analysiert → Validierung des Voraussagensmodells.</p>								
<p>AUC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie Prognostische Validität → "Relative predictive validity" über die verschiedenen Diagnosekategorien hinweg</p>	<p>ROC Kurve für jede einzelne Diagnose Kategorie entwickelt.</p>								

<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed Contamination was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input checked="" type="radio"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input checked="" type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>AMPS Ergotherapeut beobachtete den Klienten bei mind. zwei standardisierten Aktivitäten aus AMPS Users Manual und bewertete die 16 Motorischen Items und die 202 Performanz Items mit der vier Punkte Skala (4 Kompetent; 3Fragwürdig; 2 ineffektiv; 1 defizitär) Umwandlung der rohen ordinalen Item Punktezahls mittels Rasch Analyse in das lineare AMPS Motor und Prozess Messinstrument Selbstständigkeitsgrad zu Hause Wurde durch Ergotherapeut (AMPS Kurs und Kalibrierung) aufgrund Expertenbeurteilung eingeschätzt, gemäss Kriterien im AMPS Manual: keine Unterstützung; minimale Unterstützung; mittlere Unterstützung)</p>
--	---

<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Globales Funktionslevel Das globale Funktionslevel hängt signifikant mit den ADL Motorischen Fertigkeiten und den ADL Prozessbezogenen Fertigkeiten des AMPS zusammen, gemäss Cohen's Kriterien haben das Motorische ADL Fertigkeitmessinstrument und das prozessbezogene ADL Fertigkeitmessinstrument grosse Effekte unter Beachtung des globalen Funktionslevel.</p> <p>Motorischer Cut-off ROC Kurve um den Grad an Selbstständigkeit in der Gemeinde zu definieren erreichte einen AUC Wert von 0.78→ durchschnittliche Fähigkeit Mit dem momentanen cut-off Punkt (2.00 logits) war die Sensitivität .40 und die Spezifität .87/ mit dem neu definierten cut- off Punkt (1.5 logits) war die Sensitivität .67 und die Spezifität .72 Mit dem validierungs Sample war die entsprechende Schätzung valide/ Wenn der voraussagende Bedarf an Unterstützung mit der klinischen Beurteilung verglichen wurde, hatte der neue cut- off Punkt der Motorischen Skala eine sensitivität von .68 und eine Spezifität von .72 → daher wird die Validierung der ROC Kurve angenommen.</p> <p>Prozessbezogener Cut- off ROC Kurve um den Grad an Selbstständigkeit in der Gemeinde zu definieren erreichte einen AUC Wert von 0.84→ gute Fähigkeit Mit dem momentanen cut-off Punkt (1.00 logits) war die Sensitivität .80 und die Spezifität .70/ mit dem neu definierten cut- off Punkt (1.0 logits) war die Sensitivität .81 und die Spezifität .70 Mit dem validierungs Sample war die entsprechende Schätzung valide/ Auch hier wurde der voraussagende Bedarf an Unterstützung mit der klinischen Beurteilung verglichen und die ROC war mit dem cut-off (1.0 logits) valide.</p> <p>Einzelne ROC Kurve für Menschen die an Demenz leiden (n 2488) AUC (Motorische ADL Fertigkeit Messinstrument): .78 →gut AUC (Prozessbezogenes ADL Fertigkeit Messinstrument): .92 →excellent</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Motorische ADL Fertigkeit Messinstrument und das Prozessbezogenes ADL Fertigkeit Messinstrument haben beide eine klinische Relevanz um als Indikatoren für den Bedarf an Unterstützung um in der Gemeinde zu leben zu dienen. • Wenn die Testpersonen in den Motorischen Fertigkeiten und in den Prozessbezogenen Fertigkeiten (in beiden zusammen) unter oder oberhalb des Cut-offs waren, gab es eine Übereinstimmung von 85% richtig klassifizierten Selbstständige Personen und 83% Übereinstimmungen bei den Pesonen die Unterstützung benötigen. Wenn die beiden Messungen einmal oberhalb und einmal unterhalb des Cut-offs lagen, wurden mit der Prozess Skala 80% der Selbstständigen und 70% der Menschen die Unterstützung benötigen richtig klassifiziert. • Die Prozessorientierte ADL Skala war genauer in der Übereinstimmung mit dem globalen Funktionslevel.
<p>Drop-outs were reported? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Um die Exaktheit der Daten für die Motorischen und Prozessbezogenen Fertigkeiten zu generieren, wurden nur Testpersonen gewählt, die in beiden Skalen entweder über oder unter dem cut-off lagen (es wurden nur ca. 65% des gesamten Samples ausgewählt).</p> <p>→Drop outs durch Forscherin bestimmt!</p>

<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegende Studie gibt die erste Evidenz, das das Motorische ADL Messinstrument für gewisse Diagnosegruppen aussagekräftiger sein könnte als die Prozessbezogene • Für Diagnosen wie Demenz und neurologische Defizite ist jedoch das Performanzmessinstrument noch immer aussagekräftiger. • Ergotherapeuten sind wichtig um die Menge an Unterstützung die eine Person die Eingeschränkt ist braucht zu bestimmen • gute Evidenz dass das AMPS von der Ergotherapeutin genutzt werden kann um ihre Sicht zu bestärken, wie viel Unterstützung eine Person in der Gemeinde braucht • Ergotherapeuten nutzen niemals nur ein Assessment und sie sehen die Person in ihrem Kontext, sie kennen die Wünsche und Bedürfnisse des Klienten, kennen die Art der Krankheit und die Prognose, welches ihr sie im Evaluationsprozess hilft. • Das AMPS sollte niemals nur alleinig als Evidenz dienen, wenn die Menge an Unterstützung die eine Person braucht abgeklärt werden soll. <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMPS ist nicht entwickelt worden um den Grad an Unterstützung in der Gemeinde zu eruieren • Für das Selbstständige Leben in der Gemeinde braucht es auch Fertigkeiten, die mit dem AMPS nicht überprüft werden können (bsp. Umgang mit Geld, Partizipation in sozialen Aktivitäten, Telefon und Computer verwendung), demnach kann der AMPS manche, aber nicht alle Variationen des Konstrukts der Selbstständigkeit in der Gemeinde/Gemeinschaft überprüfen. • Fehlende Evidenz für die Validität und Reliabilität des AMPS Global Function Rating <p>Bias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es könnte Messfehler bei den Ergotherapeuten (Rater) gegeben haben • Genauigkeit wie Ergotherapeuten das Globale Funktionslevel eingeschätzt haben • Das Motorische ADL Messinstrument ist momentan auf 2.0 logits, diese wurde für die vorliegende Studie auf 1.5 logits heruntermgesetzt (da sonst 60% der Selbstständigen falsch klassifiziert wurden. → 2.0 ist zu hoch um Selbstständigkeit versus Abhängigkeit zu bestimmen
---	--

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

CITATION:

Teunisse, S. & Derix, M.M.A. (1997). The Interview for Dererioration in Daily Living Activities in
Dementia: Agreement between primary and secondary Caregivers. <i>International Psychogeriatrics</i> ,
9(1), 155-162

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p>Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob die Ratings der ersten Bezugsperson von anderen Verwandten der Person die an Demenz leidet bestätigt werden. Die Inter Rater Reliabilität zwischen der ersten und der zweiten Bezugsperson soll untersucht werden.</p> <p>Bezug zu ET und Forschungsfrage: Inter Rater Reliabilität der Originalversion des IDDD (identisch zur deutschen Version) zwischen der ersten und weiteren Bezugspersonen der Person die an Demenz leidet.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wurden verschiedene Skalen für physisch beeinträchtigte Menschen entwickelt, jedoch sind diese nicht passend für Menschen die an einer Demenz leiden • Um ein Messinstrument zu auswählten und weiter zu entwickeln müssen verschiedene Aspekte beachtet werden. Zu diesen gehören: welchen Typ von Verhalten möchte mit der Skala erfasst werden, Was sind die Charakteristika der Klientengruppe für welche das Assessment entwickelt wird, In welchem Setting soll das Instrument verwendet werden und das Ziel des Instrumens soll überprüft werden.
<p>DESIGN: <input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Die Studie erforschte die Interrater Reliabilität des IDDD zwischen der primären und sekundären Betreuungsperson von Menschen die an einer Alzheimer Demenz litten anhand generierung der ICC's.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Primären und Sekundären Betreuungspersonen füllten das IDDD nicht zur selben Zeit aus (innerhalb einer Woche), sie könnten sich deshalb über die Antworten des jeweils anderen informiert haben.

<p>SAMPLE: N =</p> <p>Was the sample described in detail? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>25 Paare (Primäre und Sekundäre Betreuungsperson) einer Person die an einer leichten Demenz leidet.</p> <p>Es fehlen Angaben zu den Menschen die an Demenz leiden (Grad der Demenz). Es wird erst in der Diskussion erwähnt, dass alle Klienten an einer Alzheimer Demenz litten und noch zu Hause leben.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Es wird kein Ethik Prozedere beschrieben.</p>		
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressse</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Das IDDD wurde je 1x von der primären und innerhalb der selben Woche von der sekundären Betreuungsperson bewertet.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="443 1003 1530 1294"> <tr> <td data-bbox="443 1003 1046 1294"> <p>Inter Rater Reliabilität</p> </td> <td data-bbox="1046 1003 1530 1294"> <p>Intraclass Korrelations Koeffizient (ICC)</p> </td> </tr> </table>	<p>Inter Rater Reliabilität</p>	<p>Intraclass Korrelations Koeffizient (ICC)</p>
<p>Inter Rater Reliabilität</p>	<p>Intraclass Korrelations Koeffizient (ICC)</p>		
<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input checked="" type="radio"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input checked="" type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das IDDD wurde zuerst von der ersten Betreuungsperson bewertet welches in derselben Woche noch von einer zweiten Betreuungsperson bewertet wurde. • Um die Inter-Rater Reliabilität zu testen wurden der Intraclass Korrelationskoeffizient generiert. 		

<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Inter Rater Reliabilität</p> <p>80% der Klienten waren Frauen und alle Klienten hatten die Diagnose Alzheimer Demenz</p> <p>Primäre und sekundäre Betreuungspersonen unterschieden sich im Alter, ihrer Beziehung zur Person die an Demenz litt und ihrer Lebenssituation. Primäre Betreuungspersonen waren älter, waren öfter bei den Klienten und lebten mehrheitliche im selben Haushalt wie der Klient.</p> <p>Die ICC's für die einzelnen Items der Initiativskala waren mit der Ausnahme der Initiative zur Morgentoilette (sich die Haare kämmen und Zähne putzen) $> .55$ bis $< .77$ was gemäss Koch & Landis (1977) zwischen mittelmässig bis beachtlich liegt.</p> <p>Die ICC Wert für die gesamte Initiativskala war $.85$ → absolute Übereinstimmung</p> <p>Die ICC's für die einzelnen Items der Performanzskala reichten von $> .48$ bis $< .96$ diese Werte sind gemäss Koch & Landis (1977) mittelmässig bis absolute Übereinstimmung</p> <p>Der ICC Wert für die gesamte Performanz Skala war $.74$ → beachtliche Übereinstimmung</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Ergebnisse sind eindrücklich, wenn man bedenkt das 50 unterschiedliche Betreuungspersonen, die sich sehr unterscheiden in der Zeit die sie mit dem Klienten verbringen unterscheiden und alle untrainierte Beobachter waren.</p> <p>Es werden verschiedene Faktoren aufgelistet, welche mit der hohen Konsistenz zwischen der primären und sekundären Betreuungsperson korrelieren könnten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten in Alltagsfunktionen ist ein objektiver Typ des Verhaltens • Die Instruktionen und Items des IDDD sind umsichtig und konkret formuliert um unterschiedliche Interpretationen zwischen den Betreuungspersonen zu verhindern • Primäre und Sekundäre Betreuungspersonen tauschen sich über den Alltag mit dem Klienten aus, deshalb waren die Bewertungen so ähnlich.
<p>Drop-outs were reported? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es wird von keinen Drop Outs berichtet.</p>

<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Papier und Bleistift Version des IDDD ist ein passendes Instrument um die Schwierigkeiten in Alltagsfunktionen von Patienten mit Alzheimer Demenz, die noch zu Hause leben zu überprüfen. • Performanzmessinstrumente und Instrumente welche die Betreuungsperson ausfüllt haben Vorteile und Nachteile. Die beiden Assessmenttypen können sich jedoch ergänzen, da sie unterschiedliche Aspekte der Behinderung beleuchten. • Das IDDD könnte auch brauchbar sein, um Klinische Trials und Langzeitstudien zu unterstützen <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird von keinen Limitationen oder Bias berichtet
---	---

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

CITATION:

Voigt-Radloff, S. et al. (2011). Interview for Deterioration in Daily Activities in Dementia: construct and concurrent validity in patients with mild to moderate Dementia. <i>International Psychogeriatrics</i> , 24(3), 382-390.

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p>Das Ziel der Studie ist es, das IDDD ins Deutsche zu übersetzen, sowie die interne Konsistenz, die Konstruktvalidität und die Korrelation mit einschlägigen Assessments mit Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden.</p> <p>Bezug zu ET und Forschungsfrage: Deutsche Übersetzung des IDDD und die Überprüfung der Validität für Deutschsprachige Menschen die an einer Demenz leiden.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> aktuelle Literatur Da Inter-Rater Reliabilität (Teunisse & Derix, 1997), Reproduzierbarkeit und interne Konsistenz (Böhm et al., 1998) und die Empfindlichkeit (Graff et al., 2006) bereits erforscht wurden, jedoch die Validität noch fehlt, möchte die Studie die Konstrukt und Konkurrente Validität anschauen. auch wenn es das perfekte ADL Messinstrument noch nicht gibt, halten Moniz- Cook et al. (2008) fest, dass die Interdem Gruppe das IDDD besser als viele andere Skalen für Menschen mit Demenz einstuft. Dies soll nun gemäss der Interdem Gruppe noch durch weitere Validationsstudien bestätigt werden.
<p>DESIGN: <input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Übersetzung des Assessments ins Deutsche/ Konkurrente und Konstrukt Validierung nach den Guidelines von Sousa & Rojjanasrirat (2010).</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Synthese der Übersetzung fand auf Englisch statt (Übersetzung vom Holländischen ins Deutsche)

<p>SAMPLE: N = 301</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 301 Menschen die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz leiden und zu Hause wohnen die bei 2 verschiedenen RCT's partizipiert haben (WHEDA & ERGODEM), Alzheimer/ gemischte Form/ vaskuläre Demenz, MMSE zwischen 10-24 • Ausschluss von Personen die durch unstarile Medikation oder zu stark auffälliges Verhalten auffallen • MMSE zwischen 10-24, zuhause lebend mit Bezugspersonen oder Bezugsperson ist mindestens 2x pro Woche bei der Person die an Demenz leidet • 301 Angehörige welche das IDDD ausfüllen • 14 Auswerter (je 21 Assessments ausgewertet) <p>Das Sample ist genügend gross um eine Validierung durchzuführen.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Einwilligung der Klienten und ihrer Bezugspersonen wurde eingeholt 								
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not adresse</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Das IDDD wurde 1x pro Testperson von einem Angehörigen ausgefüllt und von einem Bewerter ausgewertet.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="443 958 1519 1821"> <tr> <td data-bbox="443 958 1045 1070"> <p>Boden und Decken Effekte (celing and bottom effects)</p> </td> <td data-bbox="1045 958 1519 1070"> <p>Deskriptive Statistik</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1070 1045 1126"> <p>Konstruktvalidität</p> </td> <td data-bbox="1045 1070 1519 1126"> <p>Faktorenanalyse</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1126 1045 1171"> <p>Interne Konsistenz</p> </td> <td data-bbox="1045 1126 1519 1171"> <p>Cronbach's alpha</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1171 1045 1821"> <p>Konkurrente Validität Kognition: MMSE, ADAS-cog ADL: PRPP, ADCS-ADL</p> <p>Die Assessments werden erklärt und die Validität und Reliabilität wird aufgezeigt und ist mittelmässig bis gut.</p> </td> <td data-bbox="1045 1171 1519 1821"> <p>Pearson correlation coefficients für Skala und Punkte</p> <p>MMSE und ADAS-cog: etablierte Messinstrumente der Kognition</p> <p>PRPP: Validierung mit Menschen mit Hirnverletzungen und gesunden erwachsenen Menschen, Inter Rater Reliabilität mit Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden, Test-Retest Reliabilität mit 15 Erwachsenen die an Shizophrenie erkrankt sind)</p> <p>ADCS-ADL: Test- Retest Reliabilität mit Menschen die an Demenz leiden, Korrelation mit dem MMSE.</p> </td> </tr> </table>	<p>Boden und Decken Effekte (celing and bottom effects)</p>	<p>Deskriptive Statistik</p>	<p>Konstruktvalidität</p>	<p>Faktorenanalyse</p>	<p>Interne Konsistenz</p>	<p>Cronbach's alpha</p>	<p>Konkurrente Validität Kognition: MMSE, ADAS-cog ADL: PRPP, ADCS-ADL</p> <p>Die Assessments werden erklärt und die Validität und Reliabilität wird aufgezeigt und ist mittelmässig bis gut.</p>	<p>Pearson correlation coefficients für Skala und Punkte</p> <p>MMSE und ADAS-cog: etablierte Messinstrumente der Kognition</p> <p>PRPP: Validierung mit Menschen mit Hirnverletzungen und gesunden erwachsenen Menschen, Inter Rater Reliabilität mit Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden, Test-Retest Reliabilität mit 15 Erwachsenen die an Shizophrenie erkrankt sind)</p> <p>ADCS-ADL: Test- Retest Reliabilität mit Menschen die an Demenz leiden, Korrelation mit dem MMSE.</p>
<p>Boden und Decken Effekte (celing and bottom effects)</p>	<p>Deskriptive Statistik</p>								
<p>Konstruktvalidität</p>	<p>Faktorenanalyse</p>								
<p>Interne Konsistenz</p>	<p>Cronbach's alpha</p>								
<p>Konkurrente Validität Kognition: MMSE, ADAS-cog ADL: PRPP, ADCS-ADL</p> <p>Die Assessments werden erklärt und die Validität und Reliabilität wird aufgezeigt und ist mittelmässig bis gut.</p>	<p>Pearson correlation coefficients für Skala und Punkte</p> <p>MMSE und ADAS-cog: etablierte Messinstrumente der Kognition</p> <p>PRPP: Validierung mit Menschen mit Hirnverletzungen und gesunden erwachsenen Menschen, Inter Rater Reliabilität mit Menschen die an leichter bis mittelgradiger Demenz leiden, Test-Retest Reliabilität mit 15 Erwachsenen die an Shizophrenie erkrankt sind)</p> <p>ADCS-ADL: Test- Retest Reliabilität mit Menschen die an Demenz leiden, Korrelation mit dem MMSE.</p>								

<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>1. Übersetzung (vorwärts) durch zwei Personen (Muttersprache Deutsch, exzellen in Holländisch, fließend Englisch) des Original- instrument ins Deutsche (forward translation) + Synthese 2 Übersetzer gemeinsam mit WHEDA Projekt Manager (Englisch)</p> <p>2. Übersetzung (rückwärts) der Deutschen Version ins Holländische (zwei Personen, Muttersprache Holländisch, excellent im Deutsch fließend in Englisch) (backward translation) + Synthese 2 Übersetzer gemeinsam mit WHEDA Projekt Manager (Englisch)</p> <p>3. Pilot- Testung 301 Betreuungspersonen füllten die Fragebögen aus, welche von 14 Assessors (je 21 IDDD Assessments) bereitgestellt wurden.</p> <p>4. Psychometrische Testung Deskriptive Statistik (means, SD, frequency of best and worst possible values), Konstrukt Validität (Faktorenanalyse), Interne Konsistenz (cronbach alpha), Konkurrente Validität (Pearson correlation coefficients)</p>
<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Übersetzung 2 Items wurden in der vorwärts- und rückwärtsübersetzung missverstanden, welche mit Ergänzungen geklärt wurden. Die Person die den Test ausfüllt kann nicht verwandt oder verwandt sein, deshalb wurde "der Erkrankte" gewählt.</p> <p>Pilot- Testung 400 Antworten insgesamt: 7 Antwort Items wurden mit "ich weiss nicht" beantwortet (<2%), 28 mit "Aktivität wurde nie ausgeführt" (7%). Das heisst das Aktivitäten relevant für die Patienten sind. Motivation, genügende kognitive Fähigkeiten und gewissenhaftigkeit vereinfachen dem Angehörigen das Ausfüllen des IDDD. Da die Angehörigen keine Fragen oder Unsicherheiten beim Ausfüllen des Tests äusserten, und alle Fragen beantwortet werden konnten, wurden keine Änderungen an der Wortwahl vorgenommen.</p> <p>Descriptive Resultate Die Baseline Daten der beiden Samples waren bis auf das Alter vergleichbar, welches jedoch im typischen Altersbereich von Menschen mit Demenz lag. Grösstenteils zeigten Patienten nur "manchmal" die Initiative um ADL's auszuführen aber "selten" Unterstützung brauchten. Boden und Deckeneffekte waren klein: <0.5%</p> <p>Konstrukt Validität gute Interne Konsistenz (cronbach's alpha: Performanzteil: 0.878, Initiative: 0.764) gemäss Lobiondo & Haber (2005) ab 0.80 sehr gut.</p> <p>Faktorenanalyse 4 Faktoren Modell (basic ADL Performanz, IADL Performanz, basic ADL Initiative, IADL initiative) cronbach's alpha für die 4 Faktoren > 0.80 - akzeptabel gemäss Kline (1998)</p> <p>Übereinstimmungsvalidität schwache Übereinstimmungsvalidität: Keine Korrelation ($r = < 0.167$) für IDDD mit MMSE und ADAS-cog/ minime Korrelation mit dem ADCS-ADL ($r = < 0.231$)/ Keine Korrelation mit PRPP ($r = < 0.16$)/ $p = < 0.01$</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> Das IDDD kann die Erfolge von nicht- medikamentösen Behandlungen messen und somit zur Stabilisierung von familiären Aktivitäten für Menschen die an Demenz leiden beitragen.

<p>Drop-outs were reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Ein Angehöriger fühlte sich nicht genug sicher das IDDD über seinen Verwandten/Freund auszufüllen.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine identische Version des holländischen IDDD konnte in Deutsch zur Verfügung gestellt werden • es gibt grundlegende Unterschiede im Konstrukt zwischen kognitiven Assessments (MMSE, ADAS-cog) und ADL Assessments (IDDD, PRPP, ADCS-ADL). • Kognitiver Abfall kann aus einer reduzierten Performanz von kognitiv herausfordernden Aufgaben erfolgen, dies muss jedoch nicht direkt zu einer Verschlechterung der Performanz in ADL führen • Auf der anderen Seite kann eine Verminderung an Initiative von Menschen mit guten kognitiven Testresultaten die Performanz von ADL's drastisch reduzieren • Das IDDD kann die Auswirkungen von Nicht-medikamentöser Behandlung messen, zur Stabilisierung von familiären Routine Aktivitäten <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • In einer früheren Studie korrelierte das IDDD hoch mit einem kognitiven Assessment, in dieser Studie konnte diese Korrelation nicht nachgewiesen werden. In der damals verwendeten Version des IDDD wurden jedoch Items hinzugefügt, welche auf die Kognition abzielen • Die deutsche Version des IDDD zeigt ein 4-Faktoren Modell mit den Merkmalen Initiative und Performanz, sowie grundlegende und Haushalts ADL's. Dies erfordert eine separate Analyse dieser vier Merkmale zu einem späteren Zeitpunkt, sowie ein weiteres Erweiterung des IDDD , um den ganzen Alltagsbereich abzudecken.

Critical Review Form-Quantitativ Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

CITATION:

Stultjens, E.M.J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., & Graff, M. (2012). Reliability of the Perceive,
Recall, Plan and Perform Assessment in community dwelling dementia patients: test consistency and
interrater agreement. International Psychogeriatrics, 24(4), 659-665.

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p>Ist das PRPP Assessment in seinen Standardisierungskriterien für die Erfassung der Performanz von familiären Alltagsaktivitäten von Menschen die an einer Demenz leiden und in der Gemeinde leben zwischen mehreren Bewertern reliabel?</p> <p>Bezug zu ET und Forschungsfrage: Das PRPP ist ein ergotherapeutisches Assessment zur Erfassung von Klienten mit kognitiven Einschränkungen. Die Inter- Rater Reliabilität wird überprüft.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Literatur • Es gab bisher noch keine Reliabilitätsstudie für das PRPP mit Menschen die an einer Demenz leiden. • Andere Beobachtungsinstrumente (AMPS/A-One) passen u.U. nicht zu den Gewohnheiten und Routinen von Menschen die an einer Demenz leiden, da sie eine Auswahl an beobachtbaren Aktivitäten vorgeben und somit die Wünsche und Bedürfnisse dieser Klientengruppe nicht abdecken können. • Beim PRPP können Aktivitäten durch den Klient und die Therapeutin passend gewählt werden.
<p>DESIGN: <input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Durch die Identifizierung der Intra Class Correlations (ICC) Koeffizienten wird die Inter Rater Reliabilität und die Test Konsistenz bestimmt</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wahl der Aktivitäten war eingeschränkt. Klienten konnten für die WHEDA Studie aus nur 29 vorgegebenen bedeutungsvollen Aktivitäten auswählen. • Diese 29 Aktivitäten wurden bereits vor der Auswertung in die relevanten Schritte eingeteilt (Stage 1) wobei sich die Rater an diese vorgegebenen Teilschritte hielten und diese nicht selber definierten. • Klienten (D), Rater (N): Da die Rater und die Klienten nicht aus dem gleichen Land kommen, gab es evtl. kulturelle und sprachliche Differenzen

<p>SAMPLE: N = 28</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <ul style="list-style-type: none"> 28 Personen, leichte Demenz (MMSE 20, SD 2.5, IDDD 14, SD 10.5) Alzheimer/gemischte Form) aus Deutschland <ul style="list-style-type: none"> Ausschluss von Personen die durch un stabile Medikation oder zu stark auffälliges Verhalten auffallen MMSE zwischen 10-24, zuhause lebend mit Bezugspersonen oder Bezugsperson ist mindestens 2x proWoche bei der Person die an Demenz leidet 25 Bewerter (Rater) aus den Niederlanden (da eine offiziell übersetzte "scoring Form" in holländisch, nicht aber in Deutsch existiert)/ Die Bewerter haben den PRPP Kurs in seit einem bis 3 Jahren, eine Person hat ihn seit 11 Jahren → sehr gut, wichtig das alle etwa den gleichen Grad an Erfahrung aufweisen, um eine homogene Gruppe von Bewertern (Rater) darzustellen - gemäss Fawcett, 2007) <p><i>Fawcett, A. J. L. (2007). Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists theory, skills and application. Chichester, West Sussex: Wiley.</i></p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>In der vorliegenden Studie wurde kein Ethikprozedere beschrieben In der WHEDA Studie aus der das Filmmaterial für vorliegende Studie stammt hat die Studie unter der International Clinical Trials Registry Platform der WHO registriert und trifft somit die Nachfrage der International Committee of Medical Journal Editors, das Ethikkomitee des Universitätsspital Freiburg (D) gab das Einverständnis nach Einsicht des Studienprotokolls. Einverständniserklärungen wurden von Klienten, sowie je einem Angehörigen unterschrieben.</p>				
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not adresse</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Das PRPP wurde mit allen 28 Klienten aufgrund von 2 selbst gewählten Aktivitäten durchgeführt. Für die vorliegende Studie wurden jedoch nur 30 Videos ausgewertet.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used.</p> <table border="1" data-bbox="443 1417 1520 1624"> <tr> <td data-bbox="443 1417 1046 1518">Stage 1 (Selbstständigkeit)</td> <td data-bbox="1046 1417 1520 1518">SPSS 18</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1518 1046 1624">Stage 2 (Quadrant, Subquadranten und die ganze Skala)</td> <td data-bbox="1046 1518 1520 1624">SPSS 18</td> </tr> </table> <p>Inter- Rater Reliabilität von Stage 1 und Stage 2</p> <p>Durch ein "one way single measure" wurden die Intra Class Correlation Coeffizienten (ICC's) generiert.</p> <p>Dies ist gemäss Fawcett (2007) für eine Inter Rater Reliabilitätsstudie eine gute Methode.</p> <p><i>Fawcett, A. J. L. (2007). Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists theory, skills and application. Chichester, West Sussex: Wiley.</i></p>	Stage 1 (Selbstständigkeit)	SPSS 18	Stage 2 (Quadrant, Subquadranten und die ganze Skala)	SPSS 18
Stage 1 (Selbstständigkeit)	SPSS 18				
Stage 2 (Quadrant, Subquadranten und die ganze Skala)	SPSS 18				

<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>Klienten 28 Klienten wurden im Zusammenhang mit der WHEDA Studie bei Alltagsaktivitäten gefilmt, wobei Therapeut und Klient gemeinsam entschieden haben, welche 2 Aktivitäten sie aus einem Set von 29 vorgegebenen Aktivitäten je nach Bedürfnis auswählen.</p> <p>Rater 25 Rater die alle den 5-tägigen PRPP Kurs absolviert haben, jeder Rater erhielt 12 verschiedene Videos, ohne genauere Informationen zum Performanzniveau des Klienten</p> <p>Videos Ausschlusskriterien: >15 Minuten, ungenügende Sichtbarkeit der Ausführung, Anmerkungen der Ergo-therapeutin im Video die Einfluss auf die Performanz des Klienten haben könnten.</p> <p>Procedere: Jedes Video wurde 10x anhand der "PRPP Scoring Form" geratet, es gab also insgesamt 300 beobachtbar Situationen, die Rater wurden gebeten die Videos alleine zu Hause anzuschauen und das PRPP durchzuführen ohne Rücksprache mit Berufskollegen zu haben. Es wurden "Stage 1" und "Stage 2" geratet.</p> <p>300 beobachtete Situationen bilden gemäss Fawcett (2007) eine gute Basis für ein Inter- Rater Reliabilitätsstudie!</p> <p><small>Fawcett, A. J. L. (2007). <i>Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists theory, skills and application</i>. Chichester, West Sussex: Wiley.</small></p>
<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Stage 1 ICC's sind gut bis excellent (0.63; 0.94) für beide, den einzelnen Rater und die Test Reliabilität</p> <p>Stage 2 moderate Korrelation (0.46) für die absolute Übereinstimmung des einzelnen Rater und exzellente Werte (0.90) für die Test Reliabilität</p> <p>ICC Werte gemäss Landis & Koch (1977)</p> <p>ICC von 0.20 – 0.39 fair ICC von 0.40 - 0.59 mo derate ICC von 0.60 – 0.79 sub stantial ICC über 0.80 out standing</p> <p><small>Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. <i>Biometrics</i>, 33, 159-174.</small></p> <p>Die ICC's für den einzelnen Rater sind mässig bis gut. Die ICC's für die Test Reliabilität sind sehr gut.</p>

<p>Drop-outs were reported? <input type="radio"/> Yes <input checked="" type="radio"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es wird von keinen Drop-Outs berichtet.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine genügende Inter Rater Reliabilität für das PRPP Assessment um die Betätigungsperformanz bei Klienten die an einer Demenz leiden in ihrem gewohnten Umfeld zu überprüfen • Es erfolgte eine reliable Standardisierung des Assessments • Dies ist die erste Studie die auch die Inter-Rater Reliabilität des PRPP Stage 1 überprüft → mit gutem Resultat für die absolute Inter Rater Übereinstimmung, sowie für die Standardisierung • Die Reliabilität für Stage 1 des PRPP Assessment zeigt, dass dieses Instrument die Kraft hat die individuelle Performanz von Alltagsaktivitäten von Menschen die an einer Demenz leiden in ihrem Kontext zu Hause zu überprüfen. • Für Stage 2 wurde kein absolutes Inter Rater Agreement erwartet. <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es kann keine Generalisierung für alle Menschen die an einer Demenz leiden gemacht werden, da nur Menschen mit milder Demenz miteinbezogen wurden. • Rater benutzen für die Aktivitäten Analysebögen mit den wichtigsten Teilschritten der Aktivität, die Teilschritte wurden somit nicht vom Rater persönlich bestimmt. • In den Niederlanden waren leider nicht genügend Rater zu finden, um ein Design mit genügend Statistischer Kraft zu wählen, da in diesem Fall alle Rater jeden Fall bewertet hätten müssen. <p>Bias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rater und Testpersonen hatten nicht die selbe Muttersprache, deshalb könnte die eigentliche Inter-Rater Reliabilität für Stage 2 auch grosser sein. • Gewisse Routinen in Alltagsaktivitäten unterscheiden sich in Deutschland und Holland (z.B. Schuhe putzen)

G Übersichtstabellen der Assessment

Übersicht Assessment of Motor and Process Skills

Name	Assessment of Motor and Process Skills
Erscheinungsjahr, Land	1997, USA
Originalsprache Autor	Englisch Anne G. Fisher
Theoretischer Hintergrund	Model of Human Occupation nach G. Kielhofner
Art des Assessments	Beobachtungsinstrument
	Zweck
Ziel	Die Durchführung von standardisierten Alltagsaktivitäten zu beobachten um die Selbstständigkeit in der Betätigungsperformanz zu evaluieren.
	Inhalte
Originalbeschreibung	<p>„The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) is an innovative observational evaluation designed to be used by occupational therapists to evaluate the quality of a person’s performance of activities of daily living (ADL) in natural, task- relevant environments. The development and design of the AMPS has been based on three critical assertions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • All occupational therapy services must be client- centered • Our evaluations, our interventions, and our reevaluations must be both occupation- focused and occupation- based • The occupational therapy process is most effective when organized in a true top-down manner. <p>While these beliefs are central tenants of our profession, they can be difficult to infuse into occupational therapy practice. Our hope is that using the AMPS as an evaluation tool will help occupational therapists offer their clients a richer, more client- centered, occupation- based, and true top, down approach to occupational therapy.“</p> <p><small>Fisher, A.G. & Jones, K. B. (2010). <i>Assessment of Motor and Process Skills: Volume 1 – Development, Standardization, and Administration Manual (7th Edit.)</i>. Fort Collins, Colorado : Three Star Press, Inc.</small></p>
Aufbau	<p>Gemeinsam mit dem Klient wählt die Ergotherapeutin nach folgenden Hauptmerkmalen einen AMPS Task aus der Liste der standardisierten Aktivitäten aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Aktivität kann in den Räumlichkeiten die zur Verfügung stehen durchgeführt werden • Die notwendigen Materialien und Werkzeuge sind verfügbar • Die Aktivität stellt eine genügende Herausforderung für den Klienten dar • Die Aktivität ist relevant für den Klienten • Die Ergotherapeutin kennt die Aktivität und kann sie auch selber ausführen <p><small>Fisher, A.G. & Jones, K. B. (2010). <i>Assessment of Motor and Process Skills: Volume 1 – Development, Standardization, and Administration Manual (7th Edit.)</i>. Fort Collins, Colorado : Three Star Press, Inc.</small></p> <p>Die Ergotherapeutin klärt mit dem Klient den genauen Ablauf der Aktivität. Benötigte Materialien und Werkzeuge werden je nach Durchführungsort neu eingeräumt, damit es möglichst Alltagsnah ist. Während der Klient die Aktivität durchführt, beobachtet und bewertet die Ergotherapeutin folgende Items:</p> <p>Prozessbezogene Fertigkeiten und Motorische Fertigkeiten werden in Körperposition (3 Items), Gegenstände erreichen und halten (5 Items), sich selbst und Gegenstände bewegen (6 Items), Ausführung aufrecht erhalten (4 Items), Wissen anwenden (4 Items), Zeitliche Organisation (4 Items), Raum und Gegenstände organisieren (5 Items), Ausführung anpassen (4 Items) eingeteilt.</p>

	<p>Je nach Performanz Niveau werden die motorischen und prozessbezogenen Fertigkeiten mit den Punkten 4 (Kompetent), 3 (Fragwürdig), 2 (Ineffektiv), 1 (Defizitär) beurteilt.</p> <p>Danach gibt die Ergotherapeutin die Rohdaten in die AMPS Software ein, welche dann durch eine Rasch Analyse das Performanzniveau (oberhalb oder unterhalb des Performanz Cut- off und des Motorischen Cut- off) berechnet.</p> <p><small>Fisher, A.G. & Jones, K. B. (2010). <i>Assessment of Motor and Process Skills: Volume 1 – Development, Standardization, and Administration Manual (7th Edit.)</i>. Fort Collins, Colorado : Three Star Press, Inc.</small></p>
Materialien	<p>AMPS Software AMPS Users Manual Einrichtungen und Gegenstände je nach Aktivität</p>
Zielgruppe	
Alter	Ab 2 Jahren anwendbar
Kultur	Unabhängig der Kultur anwendbar
Art der Beeinträchtigung	Bei jeder Beeinträchtigung anwendbar
Spezielle Anforderungen	Keine Angabe
Testperson	
Anforderungen	5- tägiger Kurs, 4 Monatige Kalibrierung
Kosten (CHF)	Zwischen 910 und 1110 Euro
Zeitaufwand	
Durchführungsdauer	30- 60 Minuten mit Auswertung (Kielhofner, 2008)
Auswertungsdauer	Siehe oben
Gütekriterien (für Menschen die an einer Demenz leiden)	
Validität	<ul style="list-style-type: none"> • Prediktive Validität um Sicherheit zu Hause für Menschen die an psychischen Erkrankungen leiden zu gewährleisten (Cooper-Mc Nulty & Fisher, 2001) • Sensitivität des Assessment für Menschen die an einer Demenz leiden (Hartmann, 1999) • Retrospektive, kriteriums-basierte Validität um die Menge an Unterstützung zu definieren (Meritt, B.K., 2011)
Reliabilität	Kalibrierung der Rater (nicht spezifisch für Menschen die an einer Demenz leiden)
Standardisierung	Standardisierte Aufgaben sind im AMPS Users Manual beschrieben. Standardisierung durch AMPS cut off Messpunkt.
Grösse der Stichprobe	über 150'000 Personen
Durchführbarkeit in der gemeindenahen Ergotherapie	Eine Durchführung im gewohnten Umfeld der Erkrankten Person wird empfohlen.
Besonderes	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Standardisierung, Rater sind kalibriert • Es können qualitative Aussagen über Betätigungsperformanz gemacht werden
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgegebene Auswahl an Aktivitäten • Teuer und lange Ausbildungszeit der Rater

Übersicht Interview for Deterioration in daily Activities in Dementia

Name	Interview for Deterioration in Activities of Daily Living in Dementia
Erscheinungsjahr, Land	1988 (Interviewform) 1990 (Papier und Bleistift Form), Niederlande
Originalsprache	Holländisch (Niederlande)
Autoren/Autorinnen	Saskia Teunisse & Mayke M.A. Derix Deutsche Übersetzung: Sebastian Voigt-Radloff, Rainer Leonhart, Matthias Schützwohl, Luisa Jurjanz, Thomas Reuster, Antje Gerner, Kira Marschner, Fenna van Nes, Maud Graff, Myrra Vernooij-Dassen, Marcel Olde Rikkert, Vjera Holthoff, Michael Hüll
Theoretischer Hintergrund	„In 1988, we needed an instrument to examine disability in community-dwelling patients with dementia visiting our outpatient memory clinic for diagnostic reasons. Most of these patients suffered from mild dementia. Existing scales in this field were reviewed, with respect to the following criteria: first, the instrument should measure everyday disability relevant to mild dementia; second, it should rely on caregiver reports, and, therefore, activities should be clearly worded. Although several scales fulfilled the first criterion (Blessed et al., 1968; Lawton & Brody, 1969; Weintraub, 1986), none of them was explicitly designed to be completed by untrained informants. As we were also interested in the differentiation of initiative toward performing and actual performance of activities, we developed a new disability scale: the Interview for Deterioration in Daily living Activities in Dementia (IDDD).“ <small>Teunisse, S. & Derix, M.M.A. (1997). Functional and Global Evaluation. The Interview of Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: Agreement between primary and secondary caregivers. <i>International Psychogeriatrics</i>, 9(1), 155-162.</small>
Art des Assessments	Fragebogen für Angehörige
Zweck	
Ziel	Erfassung der ADL/IADL Fertigkeiten von Menschen die an einer Demenz leiden.
Inhalte	
Originalbeschreibung	The instrument is completed by the primary caregiver, who rates the patient's initiative toward performing and the actual performance of self-care and instrumental daily living activities. The behavioral components (initiative versus actual performance), as well as each activity are concretely described to avoid ambiguity. <small>Teunisse, S. & Derix, M.M.A. (1997). Functional and Global Evaluation. The Interview of Deterioration in Daily Living Activities in Dementia: Agreement between primary and secondary caregivers. <i>International Psychogeriatrics</i>, 9(1), 155-162.</small>
Aufbau	Teil 1: Initiative für Alltagsaktivitäten (ADL/IADL) 9 Fragen an den Angehörigen ob die an einer Demenz leidende Person in den letzten sieben Tagen „nie, selten, manchmal, oft, immer/ weiss nicht“ die Initiative ergreift. Teil 2: Ausführen von Alltagsaktivitäten (ADL/IADL) 11 Fragen an den Angehörigen ob die an Demenz leidende Person in den letzten sieben Tagen „nie, selten, manchmal, oft, immer/ weiss nicht“ Hilfe benötigt.
Materialien	Fragebogen, 2-seitig
Zielgruppe	
Alter	Keine Angabe
Kultur	Strukturierter Fragebogen, individuelle kulturelle Unterschiede werden nicht

Art der Beeinträchtigung	berücksichtigt. Spezifisch Entwickeltes Messinstrument für Menschen die an einer Demenz leiden
Spezielle Anforderungen	Keine Angabe
Testperson	
Anforderungen	Die Person, welche den Fragebogen ausfüllt, sollte den Erkrankten regelmässig in seinem Alltag erleben und benötigt Motivation, genügende kognitive Fähigkeiten und Gewissenhaftigkeit um die Bewertung machen zu können (Voigt- Radloff et al. 2011)
Kosten	Frei Verfügbar. Kein Copyright auf dem Bogen. (Voigt Radloff, Persönliche Kommunikation, 14. März, 2013)
Zeitaufwand	
Durchführungsdauer	ca. 15- 20 Minuten (Voigt Radloff, Persönliche Kommunikation, 14. März, 2013)
Auswertungsdauer	ca. 5 Minuten (Voigt Radloff, Persönliche Kommunikation, 14. März, 2013)
Gütekriterien (für Menschen die an einer Demenz leiden)	
Validität	Voigt- Radloff et al. (2012) Konstruktvalidität und Konkurrente Validität
Reliabilität	Teunisse et al. (1997) Interrater Reliabilität zwischen der primären und sekundären Betreuungsperson
Standardisierung (Land)	Keine Angabe
Grösse der Stichprobe	Keine Angabe
Durchführbarkeit in der gemeindenahen Ergotherapie	Teunisse et al. (1997) und Voigt- Radloff et al. (2012) führten die Studien mit Menschen die zu Hause leben durch.
Besonderes	
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige werden miteinbezogen • kurze Durchführungsdauer
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Es können keine Qualitativen Aussagen über die Durchführung gemacht werden (quantitative Überprüfung der Performanz) • Vorgegebene Aktivitäten

Übersicht Perceive, Recall, Plan & Perform Assessment

Name The Perceive, Recall, Plan & Perform Assessment

Erscheinungsjahr, Land	Australien
Originalsprache	Englisch, Deutsche Übersetzung von...
Autorinnen	Christine Chapparo, MA, DipOT, OTR, FAOTA Judy Ranka, BSc, MA, OTR
Theoretischer Hintergrund	Occupational Performance Model (Australia) OPM(A), Theorien zur Aktivitätenanalyse und Informationsverarbeitung
Art des Assessments	Standardisiertes Beobachtungsinstrument um Menschen mit kognitiven Problemen beim Ausführen von Alltagsaktivitäten zu beobachten, zu beschreiben und gezielte Interventionen zu planen. Chapparo, C. & Ranka, J. (1996). The Perceive: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of task analysis. In: C. Chapparo and J. Ranka (Hrsg.), <i>The PRPP Research Training Manual: Continuing Professional Education Edition 2.0.</i>
Zweck	
Ziel	Die Performanz in Alltagsaktivitäten zu beobachten, beschreiben, bewerten und aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse eine angepasste Interventionsplanung aufzustellen. Das Assessment unterstützt die Ergotherapeutin beim Beschreiben der Kognition um die Performanz des Klienten in seinen Betätigungs -rollen, -routinen und -aufgaben zu erfassen Chapparo, C. & Ranka, J. (1996). The Perceive: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of task analysis. In: C. Chapparo and J. Ranka (Hrsg.), <i>The PRPP Research Training Manual: Continuing Professional Education Edition 2.0.</i>
Inhalte	
Originalbeschreibung	The PRPP System is: <ul style="list-style-type: none"> • appropriate for adults and children regardless of disabling condition, sex or cultural background • used by a responsible occupational therapist who knows the client well and who is knowledgeable • about the effects of information processing disorder on occupational performance • administered to individual adults or children as they are performing routines or task in an individual or group context • used in multiple settings where the child or adult performs daily routines and tasks (home, hospital, school, work) • used to assess routines, tasks and sub tasks that are deemed important by the client or significant • others to the client's occupational role performance • a comprehensive task analysis of four areas of information processing required for task • performance: perception, recall, response planning and performance Chapparo, C. & Ranka, J. (1996). The Perceive: Recall: Plan: Perform (PRPP) System of task analysis. In: C. Chapparo and J. Ranka (Hrsg.), <i>The PRPP Research Training Manual: Continuing Professional Education Edition 2.0.</i>
Aufbau	Stufe 1 Die Alltagshandlung wird in Haupthandlungsschritte unterteilt um danach Performanzprobleme bei den Handlungsschritten zu identifizieren. Es gibt vier verschiedene Arten von Fehlern die es zu identifizieren gilt. Richtigkeitsfehler, Wiederholungsfehler, Auslassungsfehler und Zeitfehler. Interpretation der Ergebnisse Alle vollständig Richtig ausgeführten Teilschritte, sowie die Art der Fehler werden dokumentiert. Daraus wird eine Prozentzahl abgeleitet, diese kann jedoch nicht mit anderen Personen verglichen werden (da Aufgabe nicht standardisiert ist), jedoch kann eruiert werden wie weit die Realität von Erwartung, Wunsch oder Notwendigkeit von einander entfernt sind. Ausserdem können bei Wiederholung der Alltagshandlung ganz feine Verbesserungen erkannt und dokumentiert werden.

<p>Materialien</p>	<p>Stufe 2 Dieser Schritt fokussiert sich auf die kognitive Komponente der Ausführung der Alltagsaktivitäten. Die Beobachtung wird in die vier Quadranten Perceive (Wahrnehmen), Recall (Erinnern), Plan (Planen) und Perform (Ausführen) unterteilt. Diese Quadranten werden wiederum in je 3 Subquadranten aufgeteilt, die Subquadranten beinhalten je 2-3 Deskriptoren.</p> <p>Anfangs wird nur auf den Quadranten geschaut, in dem die grössten Probleme auftauchen. Die Resultate können qualitativ (beschreibend) oder quantitativ (1-3) erfasst werden. Es können auch Ressourcen erfasst werden.</p> <p><small>Busch, M., Pirnbaum, E. & Weise, A. (2007). Das PRPP-System: Erfassung der Informationsverarbeitungsprozesse im Rahmen von Alltagsaktivitäten. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i>, 7, 11-17</small></p> <p>PRPP- System Analysebogen PRPP Users Manual Videokamera (empfohlen)</p> <p><small>Busch, M., Pirnbaum, E. & Weise, A. (2007). Das PRPP-System: Erfassung der Informationsverarbeitungsprozesse im Rahmen von Alltagsaktivitäten. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i>, 7, 11-17</small></p>
<p>Zielgruppe</p>	
<p>Alter</p>	<p>für alle Altersgruppen anwendbar</p>
<p>Kultur</p>	<p>Unabhängig der Kultur anwendbar</p>
<p>Art der Beeinträchtigung</p>	<p>für alle Arten von Beeinträchtigungen anwendbar</p>
<p>Spezielle Anforderungen</p>	<p>-</p>
<p>Testperson</p>	
<p>Anforderungen</p>	<p>Stage 1 kann ohne Kurs durchgeführt werden, für Stage 2 ist ein 5- tägiger Kurs bei den Gründerinnen notwendig</p>
<p>Kosten</p>	<p>5- tägiger Kurs ca. 500 Euro (Bürki, 2012)</p>
<p>Zeitaufwand</p>	
<p>Durchführungsdauer</p>	<p>Vorbereitungsgespräch ca. 30 Minuten</p>
<p>Auswertungsdauer</p>	<p>Durchführung je nach Aktivität ca. 45 Minuten Ca. 60 Minuten (Bürki, 2012)</p>
<p>Gütekriterien (für Menschen die an einer Demenz leiden)</p>	
<p>Validität</p>	<p>Bisher keine Validitätsstudie für Menschen die an einer Demenz leiden und keine offizielle deutsche Übersetzung.</p>
<p>Reliabilität</p>	<p>Inter Rater Reliabilität (Steultjens et al., 2012)</p>
<p>Standardisierung</p>	<p>Die Art der Beobachtung ist standardisiert, Aktivität und der Durchführungsort sind nicht standardisiert. (Standardisierung des Beobachters durch absolvieren des Kurses)</p>
<p>Durchführbarkeit in der gemeindenahen Ergotherapie</p>	<p>Die Interrater Reliabilität (Steultjens et al., 2012) wurde aufgrund zuhause Lebenden Menschen die an Demenz leiden aus Deutschland bewertet.</p>
<p>Besonderes</p>	
<p>Vorteile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapeutin und Klient können die Aktivität je nach Bedarf des Klienten oder dessen Angehörigen wählen • Qualitative und Quantitative Aussagen über Performanz
<p>Nachteile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwändig

H Testbögen

Assessment of Motor and Process Skills

AMPS SCORE FORM

Occupational Therapist: _____
 Client: _____
 Client ID: _____ Age: _____
 Gender: Male _____ Female _____
 Major Diagnosis: _____
 Secondary Diagnosis: _____
 Date of Evaluation: _____
 Task Observation Number: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
 Task Number: _____
 Task: _____

RATE THE OVERALL QUALITY OF THE PERSON'S PERFORMANCE OF THIS TASK:

	No Problem			Inordinate		
Increased Effort	1	2	3	4	5	6
Decreased Efficiency	1	2	3	4	5	6
Decreased Safety	1	2	3	4	5	6
Assistance Provided	1	2	3	4	5	6

RATE THE PERSON'S OVERALL ABILITY TO LIVE IN THE COMMUNITY. (Consider everything you know about the person):

- ___ The person can/could live independently
- ___ The person needs/should have minimal assistance/supervision
- ___ The person needs/should have moderate to maximal assistance

ITEM RAW SCORES

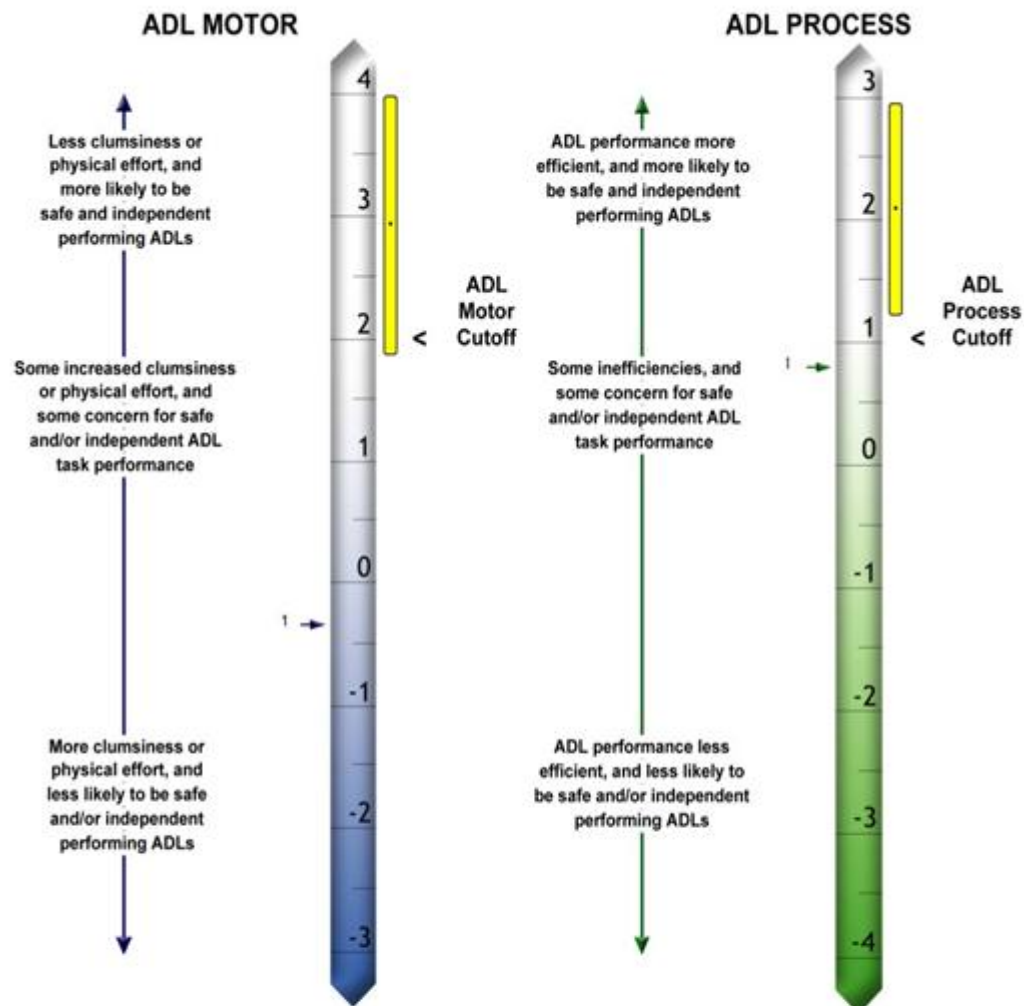
COMPETENT = 4 QUESTIONABLE = 3 INEFFECTIVE = 2 DEFICIT = 1

BODY POSITION	
Stabilizes	4 3 2 1
Aligns	4 3 2 1
Positions	4 3 2 1
OBTAINING AND HOLDING OBJECTS	
Reaches	4 3 2 1
Bends	4 3 2 1
Grips	4 3 2 1
Manipulates	4 3 2 1
Coordinates	4 3 2 1

MOVING SELF AND OBJECTS	
Moves	4 3 2 1
Lifts	4 3 2 1
Walks	4 3 2 1
Transports	4 3 2 1
Calibrates	4 3 2 1
Flows	4 3 2 1
SUSTAINING PERFORMANCE	
Endures	4 3 2 1
Paces	4 3 2 1
Attends	4 3 2 1
Heeds	4 3 2 1
APPLYING KNOWLEDGE	
Chooses	4 3 2 1
Uses	4 3 2 1
Handles	4 3 2 1
Inquires	4 3 2 1
TEMPORAL ORGANIZATION	
Initiates	4 3 2 1
Continues	4 3 2 1
Sequences	4 3 2 1
Terminates	4 3 2 1
ORGANIZING SPACE AND OBJECTS	
Searches/Locates	4 3 2 1
Gathers	4 3 2 1
Organizes	4 3 2 1
Restores	4 3 2 1
Navigates	4 3 2 1
ADAPTING PERFORMANCE	
Notifies/Responds	4 3 2 1
Adjusts	4 3 2 1
Accommodates	4 3 2 1
Benefits	4 3 2 1

This Score Form may be downloaded from www.innovativeotsolutions.com or photocopied for the purpose of creating additional copies.

AMPS Graphic Report



Beispiel des AMPS Graphic Report

AMPS (2012). Test and Measurement Statistics Needed to Interpret the AMPS Graphic Report and the AMPS Results and Interpretation Report. Course Handouts.

Heruntergeladen von:

<http://www.innovativeotsolutions.com/content/amps/materials-and-resources/>

Interview for Deterioration in daily Activities in Dementia

WHEDA	IDDD-0	Assessor:	ID:	Datum:
-------	--------	-----------	-----	--------

Sehr geehrte Angehörige,

in diesem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung zum Verhalten des Erkrankten. Wir fragen nach alltäglichen Handlungen, die die meisten Menschen ihr Leben lang ausgeführt haben. Es geht bei allen Fragen um das Verhalten des Erkrankten **während der letzten 7 Tage**. Kreuzen Sie hierzu bitte das entsprechende Kästchen an. Entspricht keine der Antwortmöglichkeiten genau Ihrer Einschätzung, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte nach.

A. Initiative für Alltagsaktivitäten

Im ersten Teil des Fragebogens geht es stets darum, ob der Erkrankte in den letzten 7 Tagen selbstständig Alltagsaktivitäten begonnen hat. Damit ist gemeint, ob er selbst daran dachte, dass die Tätigkeiten verrichtet werden müssen oder ob Sie ihn darauf hinweisen mussten. Beispiele für Initiative sind, dass er versucht Tätigkeiten auszuführen oder von sich aus um Hilfe bittet.

	Ergriff <i>in den letzten 7 Tagen</i> selbst die Initiative um... (dachte selbstständig daran ..., versuchte ...)	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer	Weiß nicht
01	sich zu waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Kaffee oder Tee zu kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	sich anzukleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	sich die Haare zu kämmen und Zähne zu putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	einkaufen zu gehen, zur Bank oder zur Post zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	zu telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	eine einfache Mahlzeit zuzubereiten, wie ein Ei zu braten, Kartoffeln, Gemüse oder Fleisch zu kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	kleine Arbeiten im und rund ums Haus auszuführen wie sauber machen, Reparaturen oder Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	die Finanzen zu regeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Ausführung von Alltagsaktivitäten

Bei den folgenden Fragen geht es wieder um dieselben Alltagsaktivitäten. Diesmal wollen wir wissen, ob der Erkrankte in den letzten 7 Tagen beim Ausführen der Aktivitäten Hilfe benötigte. Es geht hierbei um wirklich notwendige Hilfe, ohne die der Erkrankte nicht in der Lage wäre diese Aktivität zufrieden stellend auszuführen. Es geht hier nicht um die Unterstützung, die Sie anbieten, damit der Erkrankte eine Tätigkeit schneller verrichten kann.

	In den letzten 7 Tagen benötigte der Erkrankte Hilfe beim ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer	Weiß nicht	Nie selber getan ¹
01	Waschen (Finden der Seife, des Waschlappens, des Handtuchs; Bedienen des Wasserhahns, Waschen und Abtrocknen des Körpers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Kaffee- oder Teekochen (Finden von Kaffeepulver, Tee und Kaffeefiltern, Ausführen der entsprechenden Aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ankleiden (Finden der Kleidung; Anziehen der einzelnen Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Haare kämmen und Zähneputzen (Finden von Kamm, Zahnbürste, Zahnpasta; Haare kämmen und Zähneputzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Essen (Benutzen des Bestecks; Nahrung zum Mund führen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Toilette benutzen (Ausziehen, Toilette so benutzen, dass nichts daneben geht, Abwischen, Anziehen, Spülen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Einkaufen, auch wenn ich einen Einkaufszettel mitgab (Finden der Artikel im richtigen Geschäft, Kaufen der richtigen Mengen, Bezahlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Telefonieren (Finden von Telefon und Telefonnummer; Aufnehmen des Hörers; Nummer Wählen; Sprechen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Bereiten einer einfachen Mahlzeit (Finden der Zutaten; Zubereiten von Ei, Gemüse, Fleisch u. a.; bei der Herdbedienung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Putzen und kleine Arbeiten im und rund ums Haus (Finden der notwendigen Dinge; beim Ausführen der einzelnen Aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Regeln der Finanzen (Finden von Rechnungen, Kontoauszügen; bei der Kontrolle der Zahlungseingänge; beim Ausfüllen von Überweisungsformularen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch keine Zeile vergessen haben. Danke!

¹ In dieser Spalte kann angegeben werden, ob die zuvor genannte Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt im Leben vom Erkrankten ausgeführt wurden. Beispiel: Bei Frage 09 kann die Spalte „nie selber getan“ angekreuzt werden, wenn eine Person niemals im Leben selbst Mahlzeiten zubereitet hat.

Perceive, Recall, Plan and Perform Assessment

PRPP-System Analysebogen										
Name: B.		Datum:			Aufgabe: Pflanzensamen in Blumentopf ansäen.					
3 (✓) Aufgabe vollendet; angemessener Zeitrahmen; nicht gefährdend; ohne Hilfestellung										
2 (?) Aufgabe vollendet; aber aufgrund von Defiziten in diesem Verhalten Einhaltung des Zeitrahmens fraglich; nicht gefährdend; mit Vorbehalt; eventuell Hilfestellung nötig										
1 (-) Aufgabe unvollendet aufgrund von Defizit in diesem Verhalten; zu lang; gefährdend; zuviel Hilfestellung nötig										
Kriterium: 100%					Anzahl:					
Handlungsschritte		R	W	A	Z					
1. Endsack öffnen						W A H R N E H M E N	AUFMERSAMKEIT			
2. Erde in den Topf füllen							orientiert	1	2	3
3. Samenglas aufschrauben		x					moduliert	1	2	3
4. Samen auf die Erde streuen				x		bleibt dabei	1	2	3	
5. Glas zuschrauben				x		BILDUNG DER VORSTELLUNG				
6. etwas Erde über die Samen geben						sieht	1	2	3	
7. mit Wasser begießen						findet	1	2	3	
						überwacht	1	2	3	
						VERGLEICH DER VORSTELLUNG				
						unterscheidet	1	2	3	
						bemerkt Gleiches	1	2	3	
						KLASSIFIKATION				
						erkennt	1	2	3	
						benennt	1	2	3	
						gruppiert	1	2	3	
						AUFGABENSCHEMA				
						stellt Zusammenhang her:				
						zeitlich	1	2	3	
						örtlich	1	2	3	
						zur Dauer	1	2	3	
						WISSEN DER VORGANGSWEISE				
						gebraucht Objekte	1	2	3	
						setzt Körper ein	1	2	3	
						erinnert sich an Schritte	1	2	3	
						HANDLUNGSENTWURF				
						kennt Ziel	1	2	3	
						erkennt Hindernisse	1	2	3	
						organisiert	1	2	3	
						TAKTIK				
						wählt aus	1	2	3	
						sequenziert	1	2	3	
						dosiert	1	2	3	
						BEWERTUNG				
						überträgt	1	2	3	
						analysiert	1	2	3	
						beurteilt	1	2	3	
						INITIATIVE				
						beginnt	1	2	3	
						beendet	1	2	3	
						FORTFÜHRUNG				
						führt fließend aus	1	2	3	
						führt fort	1	2	3	
						führt unbeirrt fort	1	2	3	
						KONTROLLE				
						stimmt zeitlich ab	1	2	3	
						koordiniert	1	2	3	
						passt sich motorisch an	1	2	3	
Prozentwert: 57% von 100% richtig.										

Grafik 3: PRPP-System Analysebogen Stage1 und 2.
© Chris Chapparo und Judy Rankin, 1999