

Das Ergotherapeutische Assessment – Praktikabilitätsstudie zum Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten

The Occupational Therapy Assessment – Feasibility Study on the Self-administered Questionnaire of Daily Occupation

Autor

S. Voigt-Radloff

Institut

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Universitätsklinikum Freiburg

Schlüsselwörter

- Ergotherapie
- Selbsteinschätzungsbogen
- Klientenzentrierung
- Anwendbarkeit

Key words

- Occupational therapy
- self-assessment questionnaire
- client-centeredness
- feasibility

eingereicht 6.5.2006
angenommen 1.8.2006

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-927044
ergoscience 2007; 2: 66 – 72
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1861-6348

Korrespondenzadresse

Sebastian Voigt-Radloff,

EuMSc

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Universitätsklinikum Freiburg
Lehener Str. 88
D-79106 Freiburg
sebastian.voigt@uniklinik-freiburg.de

Zusammenfassung



Einleitung: Zum validierten und etablierten ergotherapeutischen Assessment wurde der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten neu entwickelt und seine Praktikabilität und Akzeptanz bei erwachsenen Probanden mit und ohne Erkrankung untersucht.

Methode: 23 Ergotherapieschüler ließen den Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten von 115 Probanden ausfüllen und befragten sie anschließend mithilfe eines strukturierten Interviews zu dessen Verständlichkeit, Akzeptanz und Verbesserungsmöglichkeiten. Die Auswertung der Interviewergebnisse erfolgte quantitativ und qualitativ.

Ergebnisse: 94% der Teilnehmer lebten selbstständig, 45% waren berufstätig, der Altersdurchschnitt betrug 51 Jahre und knapp die Hälfte hatte keine Erkrankung. Sie gaben 283 (2%) von 14.505 möglichen negativen Bewertungen zu Verständlichkeit und Akzeptanz des Selbsteinschätzungsbogens ab. 2 von 47 Items waren für mehr als 5% der Probanden missverständlich, 14 Items unpassend. Verbesserungsmöglichkeiten wurden insbesondere darin gesehen, die Antwortmöglichkeiten mehr auf die Fragen abzustimmen und die äußere Form übersichtlicher zu gestalten.

Schlussfolgerung: Der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten zur klientenzentrierten Informationsgewinnung kann nach geringen inhaltlichen und formalen Verbesserungen in der ergotherapeutischen Routine erprobt werden.

Einleitung



Beim *Ergotherapeutischen Assessment* (EA) beurteilen Ergotherapeuten, wie selbstständig Klienten Alltagstätigkeiten im täglichen Leben und Beruf durchführen. Die Gütekriterien des etab-

Abstract



Objective: To investigate the feasibility and acceptance of the self-administered Questionnaire of Daily Occupation in adult participants with and without diseases. This new instrument has currently been developed based on and compatible to the validated and established Occupational Therapy Assessment (OTA).

Methods: 23 occupational therapy students initiated the completion of the questionnaire by 115 persons. Subsequently, they interviewed the participants in respect of the questionnaire's comprehensibility, acceptance and possibilities of improvement. The results of the interview were analysed both quantitatively and qualitatively.

Results: Of the participants, 94% lived independently, 45% were employed, nearly the half had no disease and the mean age was 51 years. In total, negative ratings on comprehensibility and acceptance amounted 2%. 2 of 47 items were rated as incomprehensible, 14 items as inappropriate by more than 5% of the participants. Improvement potential was primarily seen in matching some response options better with the questions and in designing the layout clearer.

Conclusion: After minor improvements in content and layout, the self-administered Questionnaire of Daily Occupation is prove to be applicable in occupational therapy routine for gaining client-centred information.

lierten Instruments zur Therapieplanung und Evaluation wurden in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen [6, 9, 14, 16, 18, 19]. Das generische Instrument kann indikationsübergreifend bei erwachsenen Klienten eingesetzt werden. Im Assessmentprozess sollen die Ergotherapeu-

ten alle in ihrer Arbeitsroutine zur Verfügung stehenden Informationsquellen nutzen, um ein umfassendes Bild über die Selbstständigkeit des Klienten bei seinen Alltagsaktivitäten zu erhalten. Dabei sind Beobachtungen bei gestellten Aufgaben, Ergebnisse standardisierter Tests sowie Angaben des interdisziplinären Teams, der Angehörigen und insbesondere des Klienten selbst zu berücksichtigen [17]. Alle genannten Informationsquellen unterliegen der Gefahr der Verzerrung.

- ▶ Die Aufgaben werden in einem beobachteten und künstlich simulierten Kontext gestellt. Ob der Klient in seinem Lebensumfeld die gleiche Ausführungsqualität, -intensität und -motivation zeigt, lässt sich nicht erfassen [8].
- ▶ Die standardisierte Testung erfolgt ebenfalls unter Beobachtung oder in dem Bewusstsein, geprüft zu werden. Der Kontext ist simuliert. Zur Annäherung an Objektivität sind Tests unter streng kontrollierten und möglichst gleich bleibenden Bedingungen durchzuführen. Gemäß ICF-Konzeption [20] erfassen Standardtests ausschließlich die Kapazität (was die Person *unter standardisierten Bedingungen* als Leistung *ausführen kann*), nicht aber die Performanz (was die Person *unter üblichen Lebensbedingungen* als Leistung *tatsächlich ausführt*).

Als Test für Alltagsaktivitäten gilt z. B. das *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS; [4, 5]). Streng genommen erfasst dieser Test aber nur die Kapazität unter beobachteten Bedingungen und liefert keine Informationen über die tatsächliche Ausführung der Aktivitäten im Alltag des Klienten. Park et al. [12] und Nygarth et al. [11] zeigten, dass die Durchführung des AMPS in der Klinik und zuhause zu unterschiedlichen Ergebnissen führte. Demnach misst das AMPS nicht das, was die Person unter üblichen Lebensbedingungen als Leistung tatsächlich ausführt, also nicht die Performanz. Zu dieser Einschätzung kam auch Gitlin im Buch von Law et al. [8], indem die Autorinnen verschiedene ergotherapierrelevante Messinstrumente auf der Basis des Person-Umwelt-Betätigung-Modells [7] bewerteten.

- ▶ Die Beurteilungen der Teammitglieder (auch die des Befund erhebenden Ergotherapeuten), der Angehörigen und des Klienten selbst können aus soziologischer Sicht als interindividuell unterschiedliche Konstrukte subjektiver Realitäten interpretiert werden [1, 15, 22].

Beispiel: Die Physiotherapeutin kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Klient mit mittelgradiger Hemiparese nicht selbstständig anziehen kann, weil die posturale Kontrolle für das Stehen nicht ausreicht. Die Ergotherapeutin meint, der Klient könne sich anziehen, da er es im geschützten Rahmen mit viel Zeit und im Sitzen einübt. Die Ehefrau erlebt ihren Mann morgens beim Anziehen, wenn er noch müde ist. Sie hat bei der Bewertung insbesondere Situationen im Kopf, bei denen er morgens unter Termindruck stand und sie ihm beim Anziehen fast immer helfen musste. Der Klient selbst ist der Auffassung, dass er sich sehr schlecht selbst anziehen könne, da er seine Leistung mit der vor dem Schlaganfall vergleicht und sich frustriert fühlt.

- ▶ Das weitere problematische Phänomen der intraindividuell unterschiedlichen Selbstberichte wurde in psychologischen Untersuchungen mehrfach gezeigt [3]. Dabei werden täglich mehrfach alltagsnahe Datenerhebungen mit retrospektiven Urteilen der Probanden verglichen. Angstpatienten nahmen ihre Angstzustände retrospektiv intensiver wahr als die Mittelwerte der Einzelerhebungen anzeigten. Erinnerungen an positive oder negative Lebensereignisse waren bei Studenten und depressiven Klienten von der aktuellen positiven oder depressiven Stimmungslage beeinflusst. Aktuelle und retros-

pektive Selbsteinschätzungen zur Stressbewältigung stimmten nicht gut überein.

Die skizzierten Beispiele und Möglichkeiten der Verzerrung zeigen, dass die Beurteilung der Performanz von Alltagsaktivitäten eine komplexe Aufgabe darstellt. Die Steuerung dieses mehrdimensionalen Beurteilungsprozesses unter weitestgehendem Einbezug der Klienteneinschätzung ist nach Auffassung der Autoren des Ergotherapeutischen Assessment ein Merkmal professioneller Arbeit qualifizierter Ergotherapeuten [17]. Das deutsche Gesundheitswesen fordert unter dem Stichwort *Patientenorientierung* zunehmend das Einbeziehen des Klienten [13].

Das kanadische Modell der Betätigungsperformanz fokussiert die Klientenzentrierung als wesentlichen Aspekt ergotherapeutischer Diagnostik und Therapie und hat dazu *das Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) entwickelt [2, 10]. Beim COPM wird ein Interview geführt, in dem der Klient Aktivitäten angibt, bei deren Ausführung er im Alltag Schwierigkeiten hat. Anschließend bewertet er, wie gut er die Aktivitäten ausführen kann und wie zufrieden er damit ist. Der Klient muss also zu komplexer Reflektion in der Lage sein. Durch die Interviewsituation bindet das COPM Zeitkapazitäten des Therapeuten und generiert interindividuell unterschiedliche Bewertungsgrundlagen, je nachdem, bei welchen Aktivitäten die jeweiligen Klienten Schwierigkeiten sehen. Eine vergleichende Evaluation von Gruppen auf der Grundlage einheitlich definierter Bewertungskriterien ist damit also nicht möglich. Des Weiteren fehlt dem COPM der Checklistencharakter, der in umfassenden Assessments verhindern soll, dass wichtige Aspekte unentdeckt bleiben.

Um den auch bisher schon empfohlenen Einbezug des Klienten in den Beurteilungsprozess des EA zu erleichtern und die Informationsgewinnung ökonomisch zu gestalten, wurde der *Selbsteinschätzungsbogen für Alltagsaktivitäten* neu entwickelt. Der Fragebogen dient dem Klienten dazu, seine Einschätzung zu reflektieren und zu artikulieren, und die Therapeutin erhält Informationen über dessen Sichtweise. Gemeinsam können beide in den Abstimmungsprozess über Stärken und Schwächen im Bereich der Alltagsaktivitäten und über Therapieziele eintreten.

Als Basis der Neuentwicklung diente das EA-Handbuch [17]. Die Struktur ist analog zum EA, bei den Domänen *Bewegung* und *Denken im Alltag* wurden zur Selbsteinschätzung ungeeignete Items weggelassen oder zusammengefasst. Erfahrene EA-Nutzer lasen den neuen Bogen gegen und kommentierten ihn. Ihre Änderungsvorschläge gingen in die vorläufige Endversion ein (Auszüge in [Abb. 1](#)).

Die vorliegende Pilotuntersuchung diente dazu, Verständlichkeit, Praktikabilität und Verbesserungspotenzial des Klienten-selbsteinschätzungsbogens in einer Stichprobe von Probanden mit und ohne Erkrankung zu ermitteln.

Methode



Studienablauf

23 Schüler des Kurses 30 der Ergotherapieschule Karlsbad-Langensteinbach rekrutierten Probanden verschiedenen Alters mit und ohne Diagnosen sowie unterschiedlichem sozialen Kontext. Sie klärten diese mithilfe eines Informationsblattes über Zweck und Art der Studie auf und ließen bei Teilnahmebereitschaft die Selbsteinschätzungsbögen ausfüllen. In einem anschließenden Interview ermittelten sie, welche Items die Teilnehmer zu per-

Beispiele für umformulierte Items

Beispiel A: Vorher Eigenständige Lebensführung

1	Angemessen telefonieren, Telefonnummern finden, sehen und wählen, sprechen und hören, im Notfall (z.B. bei Sturz) Telefon stets in der Nähe haben, Kontakt halten per Telefon, Telefonkosten beachten	[1] Ich mache es selbstständig. [2] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln. [3] Eine Hilfsperson muss mich öfter unterstützen. [4] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich. [5] Keine Angaben.
2	Zuverlässig und angemessen Medikamente einnehmen, es nicht vergessen, nicht zu viel oder zu wenig nehmen	[1] Ich mache es selbstständig. [2] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln. [3] Eine Hilfsperson muss mich öfter unterstützen. [4] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich. [5] Keine Angaben oder <i>ich brauche keine Medikamente</i> .
3	Verständlich schreiben, per Hand, Schreibmaschine oder Computer	[1] Ich mache es selbstständig. [2] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln. [3] Eine Hilfsperson muss mich öfter unterstützen. [4] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich. [5] Keine Angaben.
4	Lesen, z.B. handschriftliche Notizen, gedruckte Formulare, Zeitschriften, Rätsel, Gebrauchsanweisungen oder Bücher zur Unterhaltung oder Information	[1] Ich mache es selbstständig. [2] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln. [3] Eine Hilfsperson muss mich öfter unterstützen. [4] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich. [5] Keine Angaben.

Beispiel A: Nachher Eigenständige Lebensführung

Bitte beantworten Sie *jede* Frage! Kreuzen Sie bitte nur 1 Antwort pro Frage an!

<p>1. Telefonieren, d.h. Telefonnummern finden, sehen und wählen, sprechen und hören, dabei das Telefon nutzbringend im Alltag benutzen, z.B. aktiv Kontakte halten per Telefon, das Telefon auch im Notfall (z.B. Sturz) stets in der Nähe haben, die Telefonkosten beachten (z.B. beim Handy) u. Ä.</p> <p>[a] Ich mache es selbstständig. [b] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln wie speziellen großen Telefontasten, Notruftelefon o.Ä. [c] Eine Hilfsperson muss mich häufig unterstützen. [d] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich.</p> <p>2. Medikamente einnehmen, dabei auf Zuverlässigkeit achten, d.h. die ärztlichen Anweisungen beachten, die Einnahme nicht vergessen, nicht zu viel oder zu wenig einnehmen</p> <p>[a] Ich mache es selbstständig oder <i>ich brauche keine Medikamente</i>. [b] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln. [c] Eine Hilfsperson muss mich häufig unterstützen oder mir bei der Kontrolle helfen. [d] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich.</p> <p>3. Leserlich schreiben, per Hand, Schreibmaschine oder Computer, wenn nötig auch formale Briefe an Behörden, Versicherung u. A.</p> <p>[a] Ich mache es selbstständig. [b] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln wie Griffverdickung, Stiftbeschwerung, speziell angepasster Tastatur o.Ä. [c] Eine Hilfsperson muss mich häufig unterstützen oder mir bei der Kontrolle helfen. [d] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich.</p> <p>4. Lesen, z.B. handschriftliche Notizen, gedruckte Formulare, Zeitschriften, Rätsel, Gebrauchsanweisungen oder Bücher zur Unterhaltung oder Information</p> <p>[a] Ich mache es selbstständig. [b] Ich mache es selbstständig mit leichten Einschränkungen oder mit Hilfsmitteln wie Lupe, Lesegerät, Blindenschrift o.Ä. [c] Eine Hilfsperson muss mich häufig unterstützen. [d] Eine Hilfsperson übernimmt nahezu alles für mich.</p>
--

Markieren Sie bitte diejenigen Tätigkeiten, die Sie sehr gerne verbessern möchten, mit einem Kreis! Herzlichen Dank!

Beispiel:

①. Telefonieren ...

Abb. 1 Auszüge aus der vorläufigen Endversion des neuen Selbsteinschätzungsbogens für Alltagsaktivitäten.

sönlich, missverständlich und unpassend bewerteten. Außerdem waren freie Kommentare zu jedem Item und allgemein zum Selbsteinschätzungsbogen möglich. Die Schüler gaben die Antworten der Interviews und die Daten der Selbsteinschätzungsbögen in anonymisierter Form in Excel-Datenmasken ein und übermittelten sie an das Studienzentrum im Universitätsklinikum Freiburg.

Auswertung

Die Häufigkeitsverteilungen für die Bewertung des Selbsteinschätzungsbogens durch die Befragten wurden mit dem Programm Excel berechnet. Als Schwelle für die Verbesserungswürdigkeit von Items galt eine negative Bewertung von mindestens 5% der Interviewten. Die 5%-Schwelle wurde als angemessener Wert angesehen, um zu verhindern, dass einerseits eventuell

extreme Einschätzungen einzelner Personen das Analyseergebnis zu stark beeinflussen und andererseits wertvolle Verbesserungsvorschläge für Items übersehen werden, die nur wenige Personen negativ beurteilten.

In einer qualitativen Analyse wurden die itemspezifischen Kommentare herangezogen, um bei den verbesserungswürdigen Items mögliche Gründe für die Negativbeurteilungen zu identifizieren. Des Weiteren erfolgte eine Zusammenfassung der allgemeinen Kommentare zu Kernaussagen. Die Skalenergebnisse ergaben sich aus der Berechnung der Mittelwerte und Mediane sowie der Standardabweichung, Missings und Decken- und Bodeneffekte der jeweiligen Daten der Selbsteinschätzungsbögen.

Ergebnisse



Die Teilnehmer waren zwischen 16 und 92 Jahre alt (Mittelwert: 51,4; Standardabweichung: 22,6) und in der Mehrzahl weiblich (61%). Sie lebten zu 94% selbstständig zuhause (mit anderen zusammen oder alleine), waren zu 45% berufstätig und hatten im Schnitt 0,81 Diagnosen, wobei knapp die Hälfte der Probanden keinerlei Erkrankung angab (☉ Tab. 1).

Tab. 1 Charakteristik der Probanden

Anzahl	115
Alter:	
– Mittelwert (SD)	51,4 (22,6)
– Bereich	16–92
Geschlecht:	
– weiblich	70 (61%)
– männlich	45 (39%)
Wohnform:	
– alleine	28 (24%)
– mit anderen	80 (70%)
– betreut	7 (6%)
Haupttätigkeit:	
– Beruf oder Familienhaushalt	52 (45%)
– Rentner	44 (38%)
– Schüler/Student	11 (10%)
– andere	8 (7%)
Erkrankung/Behinderung (Selbsteinschätzung):	
– ohne Diagnosen	54 (47%)
– mit 1 Diagnose	39 (34%)
– mit 2 Diagnosen	14 (12%)
– mit 3 Diagnosen	6 (5%)
– mit 4 Diagnosen	2 (2%)
– Diagnose pro Person, Mittelwert (SD)	0,81 (0,96)

Die Häufigkeitsverteilungen der Antworten zur Praktikabilität und Verständlichkeit des Selbsteinschätzungsbogens sind in ☉ Tab. 2 dargestellt. In den drei Bereichen *zu persönlich*, *missverständlich* und *unpassend* bewerteten 115 Personen die 37 Items der Domänen A–E und 58 die 10 Items der Domäne F. Daraus ergaben sich für jeden der 3 abgefragten Bereiche 4.835 und insgesamt 14.505 Möglichkeiten eines Negativvotums. Dies erfolgte in insgesamt 283 von 14.505 Fällen (2%). Die Teilnehmer bewerteten die Items in 18 von 4.835 Fällen (0,4%) als *zu persönlich*, in 77 Fällen (1,6%) als *missverständlich* und in 188 Fällen (3,9%) als *unpassend*.

Als verbesserungswürdig galten einzelne Items, wenn sie mehr als 5% negative Bewertungen erhielten. Nach diesem Kriterium erschien keines der 47 Items *zu persönlich*, 2 Items waren für mehr als 5% der Probanden missverständlich und 14 unpassend. Das Item *F2 Arbeitsplatz organisieren* war für 3 von 58 Teilnehmern (>5%) sowohl missverständlich als auch unpassend formuliert.

Die Analyse der Freitextkommentare zu den 17 verbesserungswürdigen Items ergab für die Domänen *Körperliche Selbstversorgung* und *Eigenständige Lebensführung*, dass (1) eine Frage zu viele Aspekte abfragte, (2) die Definitionen der Begriffe *gesund*, *angemessen* und *ausreichend* unklar waren, (3) eine Hilfsperson manche der aufgeführten Tätigkeiten nicht übernehmen kann und (4) eventuell in fremde und gewohnte Umwelt unterschieden werden sollte.

Die Einzelkritik bezog sich darauf, dass *gesunde Getränke zu sich nehmen* und *sich gesund ernähren* andere Inhalte umfassen als die konkrete Tätigkeit des Essens und Trinkens. Wenige Teilnehmer empfanden die Notfallkommunikation im Falle eines Sturzes (n = 4) und das Beachten der Telefonkosten (n = 2) als andere Aspekte als die eigentliche Tätigkeit des Telefonierens. Die Definitionsspanne der *Mobilität außer Haus* von Spazierengehen bis Reisen mit Bahn oder Flugzeug war für 7 der 115 Befragten zu weit gefasst.

Bei der Domäne *Psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen* kritisierten die Befragten in 14 Fällen, die Antwortmöglichkeiten passten nicht zu den Fragen. Die Fragestellung schien 5-mal unklar.

Im Einzelnen wurde vorgeschlagen, anstatt der Antwortmöglichkeit *Ich mache es selbständig* besser *Ich kann es* oder *Ich habe keine Probleme damit* vorzugeben. 3 Teilnehmer fanden die Frage nach dem angemessenen Gefühl unpassend. In einem Fall war der Unterschied zwischen Gefühl und Motivation unklar.

Bei den Fragen zum Arbeitsleben wurden 4-mal die Antwortmöglichkeiten als unpassend empfunden. Für einen Teilnehmer war unklar, was in dieser Domäne unter Hilfsmittel zu verstehen ist. Bei 3 Items gab es den Vorschlag, die Themen auf mehrere Fragen aufzuteilen (F3: *Sorgfältig mit Arbeitsmitteln umgehen* vs. *Das Arbeitsergebnis kritisch kontrollieren*; F4: *Körperliche vs. psychische Belastbarkeit*, F7: *Äußeres Erscheinungsbild* vs. *eigene Leistungsfähigkeit angemessen einschätzen*). Ein Kommentar wies darauf hin, dass es für Blinde schwierig ist, ihr äußeres Erscheinungsbild angemessen einzuschätzen. Für wenige Teilnehmer war unklar, ob auch Hausfrauen und Rentner die Domäne *Arbeitsleben* ausfüllen sollten.

Die allgemeinen Kommentare zur Praktikabilität, Verständlichkeit und Verbesserungsmöglichkeiten des Selbsteinschätzungsbogens lassen sich zu folgenden Kernaussagen zusammenfassen: Die formale Struktur des Selbsteinschätzungsbogens kann verbessert werden, indem man:

- ▶ die einführende Erklärung und die eigentlichen Fragen besser voneinander absetzt;
- ▶ die Nummerierung der Antwortmöglichkeiten weglässt, weil sie an Noten erinnert;
- ▶ Freitextantworten zulässt;
- ▶ die Antwortmöglichkeit *keine Angaben* weglässt;
- ▶ die Beispiele in den Fragen untereinander statt im Fließtext aufführt;
- ▶ das Layout farblich oder mit anderen Mitteln übersichtlicher gestaltet;
- ▶ eine größere Schrift wählt.

	Zu persönlich*		Missverständlich*		Unpassend*	
	etwas	viel	etwas	sehr	etwas	sehr
<i>A Körperliche Selbstversorgung (n = 115):</i>						
– A1 Transfer	0	0	0	1	3	0
– A2 Toilette	1	2	1	1	1	1
– A3 kleine Wäsche	0	1	0	1	1	0
– A4 große Wäsche	0	1	0	1	1	0
– A5 An-/Ausziehen oben	0	0	0	2	1	0
– A6 An-/Ausziehen unten	0	0	0	1	1	0
– A7 Trinken	0	0	5	1	2	2
– A8 Essen	0	0	6	1	4	1
– A9 Mobilität im Haus	0	0	0	1	2	0
<i>B Eigenständige Lebensführung (n = 115):</i>						
– B1 Telefonieren	1	0	3	0	4	2
– B2 Medikamente	0	0	1	0	0	0
– B3 Schreiben	0	0	1	1	1	0
– B4 Lesen	0	0	3	0	1	1
– B5 Rechnen	0	0	2	0	1	0
– B6 Geldhaushalt	3	1	2	0	2	0
– B7 Mobilität außer Haus	0	0	0	0	6	1
– B8 Einkaufen	0	1	2	0	5	0
– B9 Mahlzeiten	0	0	2	0	1	0
– B10 Haushalt	0	0	0	0	1	1
<i>C Bewegung bei Tätigkeiten im Alltag (n = 115):</i>						
– C1 Sitzen	0	0	1	0	2	1
– C2 Stehen	1	0	2	0	2	2
– C3 Gehen	0	0	1	0	4	1
– C4 Kopf/Rumpf	0	0	2	0	2	0
– C5 Arm/Hand rechts	0	0	1	0	3	1
– C6 Arm/Hand links	0	0	1	0	3	1
– C7 Schlucken	0	0	2	0	0	2
<i>D Denken bei Tätigkeiten im Alltag (n = 115):</i>						
– D1 Aufmerksamkeit	0	0	0	1	2	2
– D2 Orientierung	0	0	3	0	2	0
– D3 Gedächtnis	0	0	0	0	3	2
– D4 Sonstiges Denken	0	0	1	2	1	1
<i>E Psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen (n = 115):</i>						
– E1 Antrieb	1	0	0	0	2	7
– E2 Gefühl	1	0	2	1	4	13
– E4 Krankheitsverarbeitung	0	0	1	1	3	9
– E4 Krankheitsverarbeitung	0	1	1	1	2	3
– E5 Interaktion	0	0	0	0	3	6
– E6 Verantwortungsbewusstsein	0	1	0	0	2	5
– E7 Interessenumsetzung	0	1	0	0	0	3
<i>F Arbeitsleben (n = 58):</i>						
– F1 Arbeitsablauf steuern	0	0	1	0	1	1
– F2 Arbeitsplatz organisieren	1	0	3	0	2	1
– F3 Arbeitsqualität gewährleisten	0	0	1	0	2	2
– F4 Belastbarkeit	0	0	1	0	2	4
– F5 Interesse an der Arbeit	0	0	1	0	1	3
– F6 Arbeitsrelevantes Lernen	0	0	1	0	1	3
– F7 Selbstbild	0	0	1	0	4	2
– F8 Team	0	0	2	0	3	2
– F9 Umgang mit Konflikt/Kritik	0	0	1	0	3	2
– F10 Zuverlässigkeit	0	0	2	0	2	1

Tab. 2 Anzahl der Negativbewertungen der Items des Selbsteinschätzungsbogens (* es wurden nur Negativbeurteilungen abgefragt; **fett gedruckte Items:** mehr als 5% Negativbewertungen)

Inhaltlich kann der Selbsteinschätzungsbogen verbessert werden, indem man:

- ▶ Antwortmöglichkeiten und Fragen besser aufeinander abstimmt;
- ▶ die vielschichtigen Aspekte innerhalb einer Frage auf mehrere einfache Fragen aufteilt;
- ▶ die Einschränkungen insbesondere bei Schweregrad 2 und 3 besser erläutert;
- ▶ erklärende Beispiele in der Einführung aufführt und dafür nur kurze Antwortmöglichkeiten formuliert.

Bezüglich der Zielgruppe gab es vereinzelt Anmerkungen, dass der Selbsteinschätzungsbogen für ältere oder kognitiv eingeschränkte Personen zu lang oder zu schwierig, für Gesunde jedoch etwas unpassend sein könne. Dazu wurde vorgeschlagen, zu Beginn zu ermitteln, ob der Proband motiviert bzw. geistig dazu in der Lage ist, den Bogen auszufüllen.

9 Befragte wiesen explizit darauf hin, dass der Selbsteinschätzungsbogen verständlich war und ihnen das Ausfüllen keinerlei Schwierigkeiten bereitete.

Der Vergleich der Skalenwerte (● **Tab. 3**) zeigt, dass Mittelwerte und Median Werte nahe 1 aufweisen und die Streubreite gering ist. Die Missing-Rate für alle Skalen beträgt insgesamt 2,5%, werden die Items *Medikamenteneinnahme* und *Krankheitsverarbeitung* nicht berücksichtigt, liegt sie bei 1,5%. In den genannten Items befanden sich *Keine Angaben* oder *Ich brauche keine Medikamente* bzw. *Keine Angaben* oder *Ich leide an keiner Krankheit* innerhalb derselben Antwortkategorie. Die Deckeneffekte als Indikator für die Anzahl der Probanden ohne Einschränkungen liegen bei 51 – 77%.

Diskussion



In der vorliegenden Studie zum EA füllten 115 Probanden ohne spezifische Ein- und Ausschlusskriterien einen neu entwickelten Selbsteinschätzungsbogen zu Tätigkeiten im Alltag aus. Im anschließenden Interview gaben sie Bewertungen zur Praktikabili-

Tab. 3 Skalenwerte (* bei diesen Items waren keine Angaben oder ich brauche keine Medikamente bzw. keine Angaben oder ich leide an keiner Krankheit innerhalb derselben Antwortkategorie)

<i>Körperliche Selbstversorgung (n = 115):</i>	
– Mittelwert	1,14
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,38
– Deckeneffekte	77%
– Bodeneffekte	0%
– Missing	0,4%
<i>Eigenständig Lebensführung (n = 115):</i>	
– Mittelwert	1,28
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,48
– Deckeneffekte	57%
– Bodeneffekte	0%
– Missing (ohne Item <i>Medikamenteneinnahme</i>)*	3% (1,8%)
<i>Bewegung bei Tätigkeiten im Alltag (n = 115):</i>	
– Mittelwert	1,21
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,30
– Deckeneffekte	51%
– Bodeneffekte	0%
– Missing	0,2%
<i>Denken bei Tätigkeiten im Alltag (n = 115):</i>	
– Mittelwert	1,16
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,30
– Deckeneffekte	67%
– Bodeneffekte	0%
– Missing	0,9%
<i>Psychisches Wohlergehen und Umgang mit Menschen (n = 115):</i>	
– Mittelwert	1,18
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,37
– Deckeneffekte	65%
– Bodeneffekte	0%
– Missing (ohne Item <i>Krankheitsverarbeitung</i>)*	7,6% (2,3%)
<i>Arbeitsleben (n = 58):</i>	
– Mittelwert	1,07
– Median	1,00
– Standardabweichung	0,18
– Deckeneffekte	75%
– Bodeneffekte	0%
– Missing	3,1%

tät und Verständlichkeit sowie Kommentare zu Verbesserungsmöglichkeiten des Selbsteinschätzungsbogens ab.

Skalenwerte und Charakteristik der Probanden

Der Selbsteinschätzungsbogen soll die Selbstständigkeit bei Alltagstätigkeiten erfassen. Geringe Skalenwerte (nahe 1) bedeuten, der Klient kommt im täglichen Leben oder Beruf ohne Probleme zurecht.

In dieser Untersuchung bewerteten sich die Teilnehmer mehrheitlich als selbstständig. Die Tatsache, dass 94% der Befragten selbstständig zuhause leben, ist ein erster Hinweis dafür, dass die Selbsteinschätzung das misst, was sie zu messen beabsichtigt.

Es bestanden keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Einschätzung von Klienten mit und ohne Erkrankung. Dies könnte darauf hinweisen, dass bei der Durchführung von Alltagstätigkeiten kein direkter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Diagnosen und Einschränkungen besteht. Diese Annahme liegt auch dem Krankheitsfolgenmodell der ICF zugrunde.

Die geringen Missing-Raten in den jeweiligen Skalen sprechen dafür, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer in der Lage war, sich für eine eindeutige Antwort zu entscheiden.

Verbesserungsmöglichkeiten des Selbsteinschätzungsbogens

Die geringe Negativbewertung bestätigt, dass der Selbsteinschätzungsbogen zu Tätigkeiten im Alltag für die Teilnehmer grundsätzlich verständlich und akzeptabel war. Aus dem Vergleich der itemspezifischen Bewertungen und Kommentare sowie den allgemeinen Kommentaren lassen sich 3 wesentliche Kritikpunkte herausfiltern:

- ▶ Die Antwortmöglichkeiten passen nicht immer zur Fragestellung des jeweiligen Items.
- ▶ Die Begriffe sind teilweise unklar definiert.
- ▶ Manche Items fragen zu viele Aspekte ab.

Die vorgesehene Umformulierung der entsprechenden Items berücksichtigt die ersten beiden Kritikpunkte (exemplarisch in ● **Abb. 1**). Die Vielfalt der Aspekte innerhalb eines Items des Selbsteinschätzungsbogens soll beibehalten werden, da sie sich auch in den Itemdefinitionen der bereits validierten EA-Therapeutenbeurteilung wieder findet und Therapeuten gemeinsam mit Klienten besser eventuelle Widersprüche zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung erkennen und besprechen können.

Die Verbesserungsvorschläge zur formalen Struktur des Fragebogens lassen sich aus Sicht des Autors weitgehend problemlos umsetzen. Der Vorschlag, in der Einführung erklärende Beispiele weiter auszuführen und dafür für jedes Item nur kurze Antwortmöglichkeiten zu geben, widerspricht dem vielfachen Wunsch nach spezifischen, auf die jeweilige Fragestellung abgestimmten Antwortmöglichkeiten. Um zu vermeiden, dass kognitiv eingeschränkte Personen oder bestimmte andere Zielgruppen mit dem Ausfüllen überfordert werden, sollten Ergotherapeuten vor der Ausgabe des Bogens entscheiden, ob die Selbsteinschätzung für den jeweilige Klienten eine mentale oder psychische Überforderung darstellen könnte. Zur Vereinfachung können sie den Klienten auch nur einzelne Domänen einschätzen lassen.

Im Rahmen der Diskussion zum vorliegenden Artikel stellte sich heraus, dass der Fragebogen um eine klientenverständliche schriftliche Anweisung und die Erfassung der zum Ausfüllen benötigten Zeit ergänzt werden sollte.

Limitationen der Studie

Die Teilnehmer der Stichprobe können nicht als typische Klientel der Ergotherapie angesehen werden, insbesondere deshalb, weil die überwiegende Mehrheit selbständig zuhause bzw. im Arbeitsleben zurechtkommt. Einschränkungen im Alltagsleben bilden erst die Indikation zur ergotherapeutischen Behandlung. Die Erprobung des Selbsteinschätzungsbogens bei ergotherapeutischer Klientel steht also noch aus.

Die Datenqualität – vor allem der geringe Stichprobenumfang und die nicht gegebene Normalverteilung – war für detaillierte Analysen und Signifikanzprüfungen etwaiger Unterschiede beispielsweise in Subgruppen nicht ausreichend.

Schlussfolgerungen

Nach einer geringfügigen Überarbeitung, die insbesondere klarere Definitionen einiger Begriffe, spezifischere Anpassungen einiger Antwortmöglichkeiten an die jeweilige Frage und Verbesserungen der formalen Struktur umfasst, können Ergotherapeuten den Selbsteinschätzungsbogen für die klientenzentrierte Informationsgewinnung erproben.

Es bleibt zu prüfen, ob er dahingehend ergänzt werden kann, dass Klienten zusätzlich ihre Zufriedenheit mit der aktuellen Ausführung der jeweiligen Alltagstätigkeit einschätzen können. Wenn der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten in der Praxis angenommen wird und sich bewährt, ist als weiterer Schritt eine Studie zu seiner Praktikabilität, Validität, Test-Retest-Reliabilität, internen Konsistenz und Responsivität bei typischer Ergotherapie Klientel vorgesehen. Interessierte EA-Anwender können dem Autor ihre Teilnahmebereitschaft an einer solchen Studie gerne mitteilen.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Tom Leidag, dem Leiter der Ergotherapieschule in Karlsbad-Langensteinbach, und Miriam Roser, der projektverantwortlichen Dozentin, für die gute Zusammenarbeit sowie den Schülern des Kurses 30 für ihr Engagement und ihre professionelle Durchführung der Datenerhebung und -eingabe.

Quintessenz

Der Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten steht zur klientenzentrierten Informationsgewinnung in der ergotherapeutischen Routine für Anwender des Ergotherapeutischen Assessment zur Verfügung. Weitere Studien mit Ergotherapie-Klienten sind nötig.

Literatur

- 1 Blair SEE. Role. In: Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK (Hrsg). *Sociology & occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998
- 2 Dehnhardt B, Harth A, Meyer A. *A Canadian Occupational Performance Measure*. Lizenzierte deutsche Ausgabe. Langenhagen: Selbstverlag Aha, Initiative für Information, Fortbildung und Entwicklung im DVE, 1994
- 3 Fahrenberg J, Leonhart R, Foerster F. *Alltagsnahe Psychologie – Datenerhebung im Feld mit Hand-held PC und physiologischem Messsystem*. Bern: Huber, 2002
- 4 Fisher AG. The Assessment of IADL Motor Skills: An application of many-faceted Rasch analysis. *American Journal of Occupational Therapy* 1993; 47: 319–329
- 5 George S. Das AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). *Ergotherapie & Rehabilitation* 2006; 7: 6–12
- 6 Heiss HW, Voigt-Radloff S, Schochat T. Occupational Therapy Assessment (OTA): Validity and reliability for adults of various ages. *European Journal of Geriatrics* 2003; 5: 23–29
- 7 Law M, Cooper B, Strong S et al. The Person-Environment-Occupation-Model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther* 1996; 63: 9–23
- 8 Law M, Baum C, Dunn W. *Measuring Occupational Performance*. Thorofare/USA: Slack, 2001
- 9 Leonhart R, Akkad H, Seume C et al. Die Domäne „Arbeitsrelevante Basisaktivitäten“ im Ergotherapeutischen Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *Ergoscience* 2006; 1: 26–35
- 10 McColl MA, Paterson M, Davies D et al. Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther* 2000; 67: 22–30
- 11 Nygard L, Bernspang B, Fisher AG et al. Comparing motor and process ability of persons with suspected dementia in home and clinic settings. *Am J Occup Ther* 1994; 48: 689–696
- 12 Park S, Fisher AG, Velozo CA. Using the assessment of motor and process skills to compare occupational performance between clinic and home settings. *Am J Occup Ther* 1994; 48: 697–709
- 13 Robert-Koch-Institut (Hrsg). *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006
- 14 Schochat T, Voigt-Radloff S, Heiss HW. Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 343–352 (www.gba.de/cms/upload/pdf/ags/ea02.pdf)
- 15 Thibodaux LR, Bundy AC. Leisure. In: Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK (Hrsg). *Sociology & Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998
- 16 Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Das Ergotherapeutische Assessment: Feldstudie zu Akzeptanz, Praktikabilität und Prozessqualität. *Die Rehabilitation* 2000; 39: 255–261 (www.g-ba.de/cms/upload/pdf/ags/ea.pdf)
- 17 Voigt-Radloff S, Akkad H, Seume C. Das Ergotherapeutische Assessment. Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg, Universitätsklinikum. Freiburg: Eigenverlag, 2003
- 18 Voigt-Radloff S, Heiß HW. Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessment. *Neurologie & Rehabilitation* 2003; 9: 280–285
- 19 Voigt-Radloff S, Kiesinger A, Schochat T. Das Ergotherapeutische Assessment – Implementierung in der Routine. *Die Rehabilitation* 2003; 42: 16–21 (www.g-ba.de/cms/upload/pdf/ags/ea03.pdf)
- 20 World Health Organisation (WHO). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. 2002 (www.dimdi.de).
- 21 Wirtz M, Voigt-Radloff S. A Rasch-analysis of the unidimensionality of the ICF-oriented Occupational Therapy Assessment. [Submitted].
- 22 Yuill C, McMillan I. Work. In: Jones D, Blair SEE, Hartery T, Jones RK (Hrsg). *Sociology & occupational therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998