

Assessments in der Handtherapie: wie wählen wir gute für die Praxis und/oder Forschung aus?

Brigitte E. Gantschnig¹, Thomas Ballmer², Barbara Aegler³

L'objectif de la rééducation de la main est de permettre aux patients d'utiliser leur membre supérieur de manière optimale dans leur vie quotidienne. Diverses évaluations sont disponibles afin de contrôler les progrès du traitement. Elles sont conçues pour fournir des preuves convaincantes de l'état du patient ainsi que pour planifier, documenter et vérifier des traitements efficaces. Quels sont donc les bons instruments permettant d'évaluer l'efficacité des traitements? Des critères de qualité tels que la validité, la fiabilité, la praticabilité, l'accent mis sur l'intervention, la compatibilité avec la CIF et l'illustration de la qualité de vie et de la satisfaction servent de base au choix d'outils d'évaluation pertinents en rééducation de la main.

¹ Prof. Dr. phil. Brigitte E. Gantschnig, Leitung Forschung und Entwicklung Ergotherapie, ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Technikumstrasse 81, Postfach CH-8401 Winterthur und Departement für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Universitätsspital (Inselspital) und Universität Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern, E-Mail: brigitte.gantschnig@zhaw.ch

² Thomas Ballmer, MScOT, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Forschung und Entwicklung Ergotherapie, ZHAW, Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Technikumstrasse 81, Postfach CH-8401

³ Barbara Aegler, MScOT, Inhaberin Praxis für Handrehabilitation und Ergotherapie GmbH, Falkenstrasse 25, 8008 Zürich, Externe Lehrbeauftragte ZHAW

Einleitung

Das Ziel der Handrehabilitation ist es, den KlientInnen zu ermöglichen, dass sie ihre obere Extremität optimal und zu Ihrer Zufriedenheit im Alltag und Beruf einsetzen können^[1]. Zu Beginn der Therapie wird der Klient befragt, wozu er seine obere Extremität im Alltag und Beruf wieder einsetzen will und/oder muss. Anschliessend werden die momentanen Beeinträchtigungen gemessen und darauf basierend, gemeinsam, mögliche Ziele formuliert. Danach werden die effektivsten Interventionen zum Erreichen der Ziele ausgewählt und laufend überprüft. Dafür stehen vielfältige Assessments zur Verfügung. Laut Dunn^[2] dienen Assessments dazu, die Ressourcen und Schwierigkeiten von KlientInnen zu erfassen, wirksame therapeutische Interventionen zu planen, zu dokumentieren und KlientInnen in die Entscheidung zu involvieren, welche Intervention die beste und wirksamste für sie ist. Ergo- und PhysiotherapeutInnen sind gesetzlich dazu verpflichtet, die Wirksamkeit der Behandlung regelmässig zu überprüfen^[3].

Es gibt viele verschiedene Arten von Assessments, die in der handtherapeutischen Praxis und/oder Forschung angewendet werden können (z.B. Interviews,

Beobachtungen, Fragebögen oder Sensoren). Doch wie können aus diesen verschiedenen Arten von Assessments gute und für die Handtherapie passende ausgewählt werden? Folgende Gütekriterien unterstützen die Auswahl: Validität und Reliabilität, Praktikabilität, Widerspiegeln des Fokus der Intervention, Kompatibilität mit der ICF und Abbildung von Lebensqualität und Zufriedenheit der KlientInnen.

Im nachfolgenden Text geben wir anhand des Assessments of Motor and Process Skills (AMPS)^[4,5] und des WHOQOL-BREF^[6] einen kurzen Einblick in die Gütekriterien. Wir haben bewusst zwei Assessments ausgewählt, die sich aus unserer Sicht für den Einsatz in der Handrehabilitation eignen, derzeit in diesem Arbeitsfeld jedoch noch wenig angewendet werden.

Das AMPS^[4,5] ist ein Beobachtungsinstrument, welches die Fertigkeiten von KlientInnen misst, ihre Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) durchzuführen. Momentan beschreibt das AMPS zirka 130 standardisierte ADL-Aufgaben. Das AMPS besteht aus 16 motorischen und 20 prozessbezogenen Performanzfertigkeiten,

die bei KlientInnen beobachtet werden können.

Der WHOQOL-BREF^[6] ist ein Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Er umfasst 24 Fragen zu den Bereichen körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umwelt sowie zwei Fragen zur generellen Lebensqualität und Gesundheit, welche von den KlientInnen mittels einer fünfstufigen Skala beantwortet werden.

Nachfolgend wird beispielhaft beschrieben, inwieweit AMPS und WHOQOL-BREF die oben erwähnten Gütekriterien erfüllen.

Validität und Reliabilität

Unter Validität versteht man den Grad zu welchem Theorie und Evidenz, die hinter einem Assessment stehen, die Interpretation von Ergebnissen in der Praxis unterstützen^[7]. Misst das Assessment das was es verspricht zu messen? Dabei sollte in der Praxis darauf geachtet werden, bei welcher Diagnose, Kultur, Geschlecht, Alter das Assessment als wie valide beschrieben ist. Dies bedeutet, dass EntwicklerInnen von Assessments die Verantwortung haben, ein Assessment so zu entwickeln, dass es gut angewendet werden kann.

Umgekehrt bedeutet es jedoch auch, dass AnwenderInnen in Praxis und Forschung die Verantwortung haben, ein Assessment nach der beschriebenen Vorgehensweise anzuwenden. Validität ist also ein dynamisches Konzept, für das alle Verantwortung tragen.

Die Reliabilität eines Assessments gibt den Grad der Genauigkeit und die Präzision unter veränderten Bedingungen an^[8]. Veränderte Bedingungen sind unterschiedliche AnwenderInnen oder Zeitpunkte der Messungen im therapeutischen Prozess.

Validität und Reliabilität des AMPS wurde bereits umfassend mit über 100 wissenschaftlichen Studien überprüft, beispielweise in Bezug auf das Geschlecht^[5], die Kultur [z.B. 9], das Alter^[10] oder für verschiedene Diagnosen [z.B. 11].

Auch die Validität und Reliabilität des WHOQOL-BREF wurde in der Anwendung mit unterschiedlichen Populationen überprüft, unter anderem mit Erwachsenen mit chronischen Schmerzen, muskuloskelettalen und rheumatischen Erkrankungen^[12, 13].

Praktikabilität

Ein weiteres Gütekriterium von Assessments ist die Praktikabilität. Darunter versteht man die Brauchbarkeit eines Assessments in der Praxis^[8]. Die Praktikabilität umfasst Aspekte wie Kosten, Zeitaufwand, Material, Akzeptanz, Ausbildungsaufwand, Benutzerfreundlichkeit, Verfügbarkeit, Verständlichkeit und Übertragbarkeit in den Alltag.

Die Praktikabilität des AMPS wurde umfassend überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass Ausbildungsaufwand und Kosten hoch sind, Zeitaufwand und Material abhängig von der ADL-Aufgabe, die Akzeptanz unterschiedlich, die Übertragbarkeit je nach Setting gut und in den Alltag sehr gut ist^[14].

Im Gegensatz zum AMPS ist der WHOQOL-BREF frei und kostenlos erhältlich. Für die Anwendung ist keine spezielle Weiterbildung erforderlich. Die meisten Fragen werden gut akzeptiert, lediglich



© fotolia.com

eine Frage zum Sexualleben bleibt oft unbeantwortet^[15]. Der Zeitaufwand ist mit fünf bis 10 Minuten gering^[16]. Der WHOQOL-BREF ist damit ein niederschwellig einsetzbares, praktikables Assessment, das sich allerdings lediglich für die Erfassung von Erwachsenen eignet.

Widerspiegeln des Fokus der Intervention

Bei diesem Gütekriterium geht es um die Frage, ob ein Assessment dem Fokus der Intervention entspricht; d.h. ob es klientenzentriert ist^[2] und ob seine Anwendung dazu beiträgt, dass die KlientInnen ihre Hand im Alltag wieder einsetzen können^[1].

Das AMPS ist ein klientenzentriertes Assessment, da KlientInnen zwei für sie bedeutungsvolle aus 130 standardisierten ADL-Aufgaben auswählen. Dabei stehen jene Aufgaben im Fokus, welche derzeit eine Herausforderung für sie darstellen. Ausserdem ist das AMPS betätigungs-basiert, da KlientInnen ADL-Aufgaben direkt ausführen und dabei beobachtet und beurteilt werden^[5].

Der WHOQOL-BREF ermöglicht eine ganzheitliche Erfassung der subjektiven Lebensqualität von KlientInnen und kann beispielweise auch auf psychische, sozia-

le und umweltbedingte Probleme hinweisen, welche mit der Beeinträchtigung der oberen Extremität zusammenhängen. Diese ganzheitliche Erfassung ermöglicht es, die Behandlung klientenzentrierter zu gestalten.

Kompatibilität mit der ICF

Bei der Auswahl eines passenden Assessments spielt auch die Kompatibilität mit der ICF^[17] eine Rolle. In Bezug auf die Auswahl eines Assessments für Praxis und/oder Forschung stellt sich daher die Frage, welcher ICF Komponente (z.B. Körperfunktion, Aktivität) oder ICF Domäne (z.B. Selbstversorgung) das Assessment zugeordnet werden kann.

Das AMPS kann den ICF Komponenten Aktivität und Partizipation zugeordnet werden. Genauer kann es je nach ADL-Aufgabe auch den ICF Domänen Selbstversorgung oder Häusliches Leben zugeordnet werden. Dabei wird der natürliche Kontext von KlientInnen berücksichtigt^[18].

Die mit dem WHOQOL-BREF erfasste subjektive Lebensqualität kann den ICF Komponenten Aktivität und Partizipation (potentiell alle Domänen) und Umweltfaktoren, vor allem in den Domänen Produkte und Technologien, Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt sowie Unterstützung und Beziehungen, zugeordnet werden.

Abbildung von Lebensqualität und Zufriedenheit der KlientInnen

In den letzten Jahren entstand zunehmend die Forderung und das Bewusstsein, dass Assessments dazu beitragen sollen, zu erheben, ob eine Intervention einen Beitrag zur langfristigen und nachhaltigen positiven Veränderung des Lebens von KlientInnen leistet^[19].

Konkret wird empfohlen, zur Evaluation der Qualität von Interventionen Assessments zur Erfassung der Lebensqualität und zur Zufriedenheit mit der Intervention einzusetzen^[20]. Als Beispiele beschreiben wir für diesen Aspekt den WHOQOL-BREF und den Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ).

Bis heute besteht keine einheitliche Definition von Lebensqualität. Daher unterscheiden sich Assessments teilweise stark darin, anhand welcher Lebensbereiche sie Lebensqualität zu erfassen versuchen. Der WHOQOL-BREF ist eines der meistverbreitetsten Assessments für Lebensqualität und eines der wenigen, welche auch den Einfluss von Umweltfaktoren berücksichtigt.

Der PSQ wurde 2002 in Genf entwickelt und 2008 vom Französischen ins Deutsche übersetzt, transkulturell adaptiert und validiert [21]. Er misst die Zufriedenheit des Patienten bezüglich Administration, Örtlichkeit, Inhalt und Qualität der Behandlung.

Das AMPS wurde in diesem Teil nicht beschrieben, da es weder ein Assessment zur Erfassung der Lebensqualität noch der Zufriedenheit mit der Intervention ist.

Zusammenfassung

Assessments dienen uns dazu, Bedürfnisse und Kompetenzen von KlientInnen einzuschätzen, handtherapeutische Interventionen zu planen, zu dokumentieren und in einem interprofessionellen Kontext zu kommunizieren. Nicht zuletzt geht es uns darum, mit Hilfe von ausgewählten Assessments überzeugende Nachweise für die Wirksamkeit der Handtherapie bereitzustellen. Mit den oben beschriebenen Kriterien kann die «Güte» eines Assessments für die Praxis beurteilt werden. Diese sind Validität, Reliabilität, Praktikabilität, Widerspiegeln des Fokus der Intervention, Kompatibilität mit der ICF, Evaluation der Lebensqualität von KlientInnen und ihrer Zufriedenheit mit der Intervention. Diese Gütekriterien dienen als gute Grundlage für die spezifische Auswahl von geeigneten Assessments für die handtherapeutische Praxis und Forschung. ■

Literaturangaben

[1] Cooper C. Fundamentals of hand therapy: clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity. 2nd edition. St. Louis: Elsevier Mosby; 2014. xii+596.

[2] Dunn W. Measurement concepts and practices. In: Law M, Baum C, Dunn W, editors. Measuring occupational performance Supporting best practice in occupational therapy. 3rd ed. Thorofare: Slack incorporated; 2017. p. 17–28.

[3] Bundesamt für Gesundheit BAG, Staatssekretariat für Bildung Forschung und Innovation SBF. Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz GesBG) [Federal law of health professions] [Internet]. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft; 2016 [cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://www.gesbg.admin.ch/index.html?lang=de>

[4] Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills: User Manual. 8th ed. Vol. II. Fort Collins: Three Star Press; 2014.

[5] Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills: Development, standardization, and administration manual. 7th Revised. Vol. I. Three Star Press; 2012.

[6] WHOQOL-Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–558.

[7] American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington: American Educational Research Association; 2014.

[8] Fawcett AJL. Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists. Theory, skills and application. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.

[9] Gantschnig BE, Page J, Fisher AG. Cross-regional validity of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) for use in Middle Europe. J Rehabil Med. 2012; 44: 151–7.

[10] Hayase D, Mosenteen D, Thimmaiah D, Zemke S, Adler K, Fisher AG. Age-related changes in activities of daily living ability. Aust Occup Ther J. 2004 Dec; 51:192–8.

[11] Waehrens EE, Amris K, Fisher AG. Performance-based assessment of activities of daily living (ADL) ability among women with chronic widespread pain. Pain. 2010 Sep;150(3): 535–41.

[12] Angermeyer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe; 2000. 118 p.

[13] Skevington SM, McCrate FM. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. Health Expect. 2012 Mar;15(1): 49–62.

[14] Aegler B, Heigl F, Gantschnig BE. AMPS - Erfahrungen aus Praxis und Forschung/ Expériences issues de la pratique et de la recherche. Ergother Fachz. Ergother. Verbandes Schweiz. 2014; 4: 6–13.

[15] Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res. 2004 Mar;13(2): 299–310.

[16] Brähler E, Gunzelmann T. Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Z Für Med Psychol. 2002;11:44–48.

[17] World Health Organization. ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organization; 2005.

[18] Fisher AG. OTIPM. Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag; 2014.

[19] Westhorp G. Realist impact evaluation: an introduction. London: Overseas Development Institute; 2014.

[20] Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: Increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. J Am Med Assoc. 2003 Sep 24; 290: 1624–32.

[21] Scascighini L, Angst F, Uebelhart D, Aeschlimann A. Translation, transcultural adaptation, reliability and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German. Physiotherapy. 2008 Mar 1;94(1): 43–55.

Bildquelle:

Foto von den Autoren bei fotolia.com erworben und der SGHR/SSRM zur Verfügung gestellt, Fotograf: Robert Kneschke, © fotolia.com