

Bachelorarbeit

**Klientenzentrierte Zielsetzung
bei Menschen mit Unawareness nach
erworbener Hirnschädigung**

Eine berufsethische Auseinandersetzung der Ergotherapie

Andrea Petra Christinger, S12478863

Johanna Lisa Jeltsch, S12478921

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2012
Eingereicht am: 20. Mai 2015
Betreuende Lehrperson: Daniela Senn

In dieser Arbeit werden die Begriffe Ergotherapeutin und Therapeutin sowohl für weibliche als auch männliche Berufsangehörige verwendet. Zur einfacheren Lesbarkeit werden alle anderen Berufsgruppen und Bezeichnungen von Personen, jeweils stellvertretend für beide Geschlechter, in die männliche Form gesetzt.

Mit dem Begriff Verfasserinnen sind die Autorinnen dieser Bachelorarbeit gemeint. Unter Autoren werden jeweils die Autoren der Fachliteratur verstanden.

Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar definiert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung	4
1.1. Ethisches Problem	4
1.2. Hypothese	5
1.3. Ziel der Bachelorarbeit	5
1.4. Begriffserklärungen	6
2. Methode	7
2.1. Art und Aufbau der Arbeit	7
2.2. Methodisches Vorgehen	8
3. Problemanalyse	11
3.1. Unawareness	11
3.1.1. Ursache und Häufigkeit der Unawareness	12
3.1.2. Stufen der Awareness	12
3.1.3. Verlauf der Unawareness	13
3.1.4. Unawareness und denial of illness	16
3.2. Klientenzentrierung	16
3.2.1. Entwicklung und Definition der Klientenzentrierung	16
3.2.2. Umsetzung der Klientenzentrierung	18
3.3. Zielsetzung	20
3.3.1. Bedeutung von Zielen	20
3.3.2. Klientenzentrierte Ziele in der Ergotherapie	21
3.3.3. Herausforderungen der klientenzentrierten Zielsetzung	22
3.4. Ethik	23
3.4.1. Berufskodex	24
3.4.2. Ethisches Dilemma	25
3.4.3. Verletzte Prinzipien des berufsethischen Konflikts	26
4. Lösungsoptionen	27
4.1. Vorstellung der Lösungsoptionen	29
4.1.1. Lösungsoption A: Unrealistische Ziele annehmen	29
4.1.2. Lösungsoption B: Awareness fördern bevor Ziele gesetzt werden	31
4.1.3. Lösungsoption C: COPM für die Zielsetzung verwenden	33
4.1.4. Lösungsoption D: Angehörige in die Zielsetzung miteinbeziehen	35
4.2. Diskussion der Lösungsoptionen	38

4.2.1. Diskussion A: Unrealistische Ziele annehmen	38
4.2.2. Diskussion B: Awareness fördern bevor Ziele gesetzt werden	39
4.2.3. Diskussion C: COPM für die Zielsetzung verwenden	40
4.2.4. Diskussion D: Angehörige in die Zielsetzung miteinbeziehen.....	41
5. Auswahl der Vorgangsweise.....	43
6. Hypothesen- und Zielüberprüfung	45
7. Schlussfolgerung	46
8. Limitationen	47
Literaturverzeichnis	48
Abbildungsverzeichnis	54
Tabellenverzeichnis.....	54
9. Wortzahl.....	55
10. Danksagung.....	55
11. Eigenständigkeitserklärung.....	55
Anhang A: Glossar	56
Anhang B: Tabelle	58
Anhang C: Searchhistory.....	59
Anhang D: Studienzusammenfassung	93
Anhang E: Würdigung der Studien	97

Abstract

Bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung tritt oft Unawareness bezüglich den eigenen Einschränkungen auf. Dadurch fällt es den Klienten in der Ergotherapie schwer, realistische Ziele zu setzen. Die Ergotherapeutin gerät in einen berufsethischen Konflikt, da die klientenzentrierte Zielsetzung in diesem Fall eine grosse Herausforderung darstellt. **Ziel** dieser Arbeit ist es, Lösungsoptionen aufzuzeigen, die diesen berufsethischen Konflikt vermindern. **Methode:** Eine systematische Literaturrecherche wurde in fünf Datenbanken durchgeführt, um Hintergrundinformationen und Möglichkeiten für eine klientenzentrierte Zielsetzung bei Menschen mit Unawareness zusammenzutragen. Die Arbeit ist nach einem ethischen Problemlöseprozess aufgebaut. **Ergebnisse:** In der Literatur werden verschiedene Lösungsoptionen aufgezeigt: Das Annehmen der unrealistischen Ziele sowie der Einbezug von Angehörigen in die Zielsetzung wird vorgeschlagen. Auch das Verwenden des COPM wird bei der Zielsetzung mit Klienten mit Unawareness empfohlen. Eine andere Möglichkeit stellt das Fördern der Awareness dar, bevor mit Klienten realistische Ziele gesetzt werden. **Schlussfolgerung:** Eine Kombination der Lösungsoptionen erscheint sinnvoll, jedoch ist unklar, welche Vorgangsweise dem klientenzentrierten Ansatz am meisten entspricht. Der berufsethische Konflikt konnte durch die Arbeit nicht vollständig gelöst werden.

Keywords: occupational therapy, goal setting, unawareness, acquired brain injuries, client-centred, ethics

1. Einleitung

Der *klientenzentrierte*¹ Ansatz ist in der Ergotherapie von grosser Bedeutung. Die therapeutische Beziehung zwischen *Klient* und Therapeutin ist die Basis für eine respektvolle Zusammenarbeit. Dabei definieren die Ergotherapeutin und der Klient gemeinsam Ziele, die für den Klienten *bedeutungsvoll* sind. Die Werte und Bedürfnisse des Klienten werden stets beachtet (Sumsion, 2000). Das Setzen von klientenzentrierten Zielen wird als einer der wichtigsten Schritte im ergotherapeutischen Prozess angesehen (Sumsion, 2002), da Ziele die Therapie strukturieren und den Klienten motivieren (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009). Laut MacDonald, Kayes und Bright (2013) hat die klientenzentrierte Zielsetzung einen positiven Einfluss auf die aktive Beteiligung der Klienten am Rehabilitationsprozess.

Klienten mit *Unawareness* setzen oft unrealistische Ziele, was einen negativen Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Fischer, Gauggel & Trexler, 2004). Ebenfalls wird *Unawareness* häufig als Barriere für die Umsetzung der klientenzentrierten Zielsetzung in der Ergotherapie gesehen (Doig, Fleming & Kuipers, 2008; Sumsion & Smyth, 2000; Wressle & Samuelsson, 2004). *Unawareness* bedeutet, dass der Klient seine Einschränkungen nicht wahrnimmt und auch die daraus folgenden Probleme nicht erkennt (Kerkhoff, 2003). Die Selbsteinschätzung von Klienten mit *Unawareness* ist oft höher, als deren tatsächlichen Fähigkeiten (Abreu et al., 2001). Nach einer *erworbenen Hirnschädigung* sind viele Klienten von *Unawareness* betroffen (Kerkhoff, 2003). Als erworbene Hirnschädigungen werden in dieser Arbeit Cerebrovaskulärer Insult (*CVI*) und *traumatische Hirnverletzung* definiert. Laut FRAGILE Suisse (n.d.) erleiden in der Schweiz jährlich schätzungsweise 16'000 Menschen einen *CVI* und 3'000 bis 5'000 Menschen eine traumatische Hirnverletzung. Diese Zahlen zeugen von einer grossen Klientengruppe in der Schweiz. Die meisten dieser Klienten kommen in eine Rehabilitationsklinik und werden dort unter anderem von Ergotherapeutinnen betreut.

1.1. Ethisches Problem

Die fehlende Krankheitseinsicht von Menschen mit *Unawareness* nach erworbener Hirnschädigung erschwert das klientenzentrierte Arbeiten in der Ergotherapie. Durch die überhöhte Selbsteinschätzung des Klienten und die daraus resultierenden

¹ Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar (Anhang A) definiert.

unrealistischen Ziele wird das Umsetzen der klientenzentrierten Zielsetzung zur Herausforderung für die Ergotherapeutin. In der Literatur werden wenig konkrete Lösungsvorschläge beschrieben, wie mit dieser Herausforderung umgegangen werden kann. Die *Verfasserinnen* dieser Arbeit nehmen sich deshalb diesem *berufsethischen Konflikt* an und verfolgen folgende Hypothese und Ziel:

1.2. Hypothese

Die klientenzentrierte Zielsetzung bei erwachsenen Menschen mit Unawareness nach erworbener Hirnschädigung (CVI oder traumatischer Hirnverletzung) stellt in der Ergotherapie eine grosse Herausforderung dar, da ein berufsethischer Konflikt entsteht.

1.3. Ziel der Bachelorarbeit

Ziel der Arbeit ist es, *Lösungsoptionen* aufzuzeigen, wie in der Praxis dieser berufsethische Konflikt beim Setzen von klientenzentrierten, ergotherapeutischen Zielen, bei erwachsenen Menschen mit Unawareness nach CVI oder traumatischer Hirnverletzung, vermindert werden kann.

Die Themenbereiche der vorliegenden Bachelorarbeit sind sehr umfassend. Daher werden die Themen nur so weit hergeleitet, wie dies für das Verständnis des berufsethischen Konflikts und der Lösungsoptionen erforderlich erscheint.

1.4. Begriffserklärungen

Cerebrovaskulärer Insult (CVI)

Ein CVI, auch bekannt als Schlaganfall, entsteht durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn, ausgelöst durch ein geplatztes oder verstopftes Blutgefäß. Der Unterbruch der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung des Gehirns verursacht Gewebeschäden im Gehirn. Je nach betroffenem Hirnareal und Schweregrad der Schädigung kann der CVI verschiedene Auswirkungen haben (WHO, n.d.).

traumatische Hirnverletzung

Eine traumatische Hirnverletzung, auch Schädel-Hirn-Trauma genannt, ist eine Verletzung am Kopf. Dabei werden das Gehirn, die Hirnhäute, die Blutgefäße im Gehirn und der Schädelknochen geschädigt. Eine traumatische Hirnverletzung entsteht durch eine Gewalteinwirkung am Kopf (FRAGILE Suisse, n.d.).

Auf die Begriffe Unawareness, Klientenzentrierung, Zielsetzung und Ethik wird im Kapitel 3 „Problemanalyse“ ausführlich eingegangen.

2. Methode

2.1. Art und Aufbau der Arbeit

Diese Bachelorarbeit ist eine themengeleitete Arbeit, da bisher sehr wenig entsprechende Literatur zur konkreten Beantwortung der Fragestellung vorhanden ist. Durch die Bearbeitung verschiedener Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur wurde eine theoretische Annäherung an das Thema der Arbeit erstellt.

Der Aufbau richtet sich nach den Leitfragen des ethischen Problemlöseprozesses, basierend auf dem ethischen Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs (August-Feicht, Benke, Feiler, Güntert, Schaubeder & Zwerger, 2013).

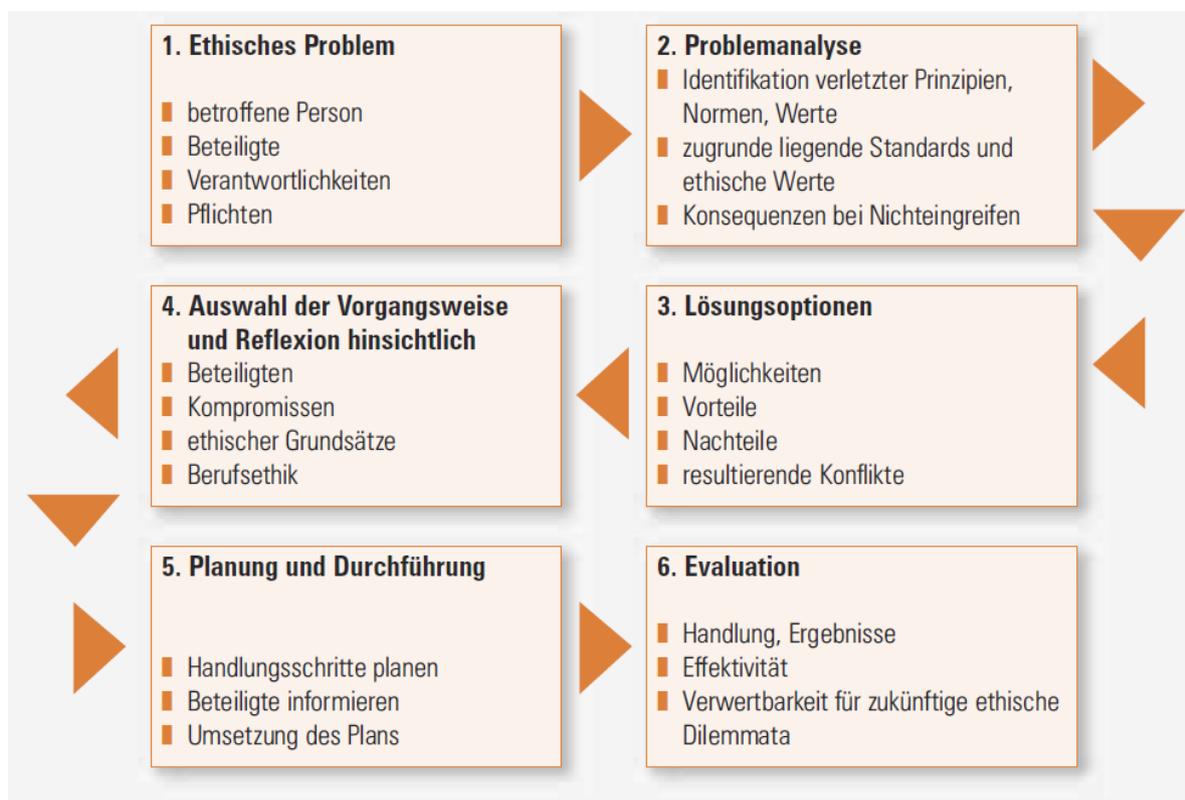


Abbildung 1: Prozess ethischer Problemlösung (August-Feicht et al., 2013, S.22)

Der in Abbildung 1 dargestellte Prozess gliedert sich in sechs Schritte und dient als Unterstützung bei der Erläuterung und Lösungsfindung ethischer Probleme. Die vorliegende Arbeit handelt die Punkte eins bis vier ab. Auf die Punkte fünf und sechs wird nicht eingegangen, da keine *Lösungsoptionen*² in der Praxis erprobt und evaluiert werden. Die Kapitelüberschriften dieser Bachelorarbeit richten sich nach den Punkten im Problemlöseprozess.

² Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar (Anhang A) definiert.

Angelehnt an den ethischen Problemlöseprozess wird die Bachelorarbeit folgendermassen gegliedert: In der Einleitung wird das „ethische Problem“ geschildert, die Themenwahl begründet und erste Begriffserklärungen gemacht. Nach der Erläuterung des Methodenteils folgt die „Problemanalyse“. Hier werden wichtige theoretische Hintergrundinformationen hergeleitet und miteinander in Verbindung gesetzt. Ergebnisse der Literaturrecherche werden in „Lösungsoptionen“ abgeleitet und kategorisiert. Die ausgewählten Studien werden zusammengefasst und teilweise kritisch gewürdigt. In der Diskussion der vorgeschlagenen Lösungsoptionen, werden die Vor- und Nachteile sowie Umsetzungsmöglichkeiten aufgezeigt und mit weiterführender Literatur ergänzt. Anschliessend findet eine „Auswahl der Vorgangsweise“ statt, welche aus Sicht der *Verfasserinnen* die geeignetste Kombination der Lösungsoptionen darstellt. Dies stellt gleichzeitig den Theorie-Praxistransfer dar. Danach werden die Hypothese und das Ziel überprüft. Es folgt eine Schlussfolgerung und die Limitationen dieser Arbeit werden aufgezeigt.

2.2. Methodisches Vorgehen

Die systematische Literaturrecherche für wissenschaftliche Studien und Artikel wurde im September 2014 und Januar 2015 in den Datenbanken AMED, CINAHL, Medline, OTDBASE und Cochrane Library durchgeführt. Diese Datenbanken wurden gewählt, weil sie Literatur zum Gesundheitswesen, zur Psychologie sowie spezifisch zur Ergotherapie umfassen und damit relevant für das Thema der Bachelorarbeit sind. Die Suche in der Datenbank Cochrane Library wurde frühzeitig abgeschlossen, da aufgrund mangelnder Suchergebnisse keine weiteren relevanten Studien herausgearbeitet werden konnten.

Die in Tabelle 1 ersichtlichen Keywords wurden in den genannten Datenbanken in Zweier- beziehungsweise Dreierkombinationen verknüpft, um sämtliche mögliche Kombinationen abzudecken. In den Datenbanken AMED, CINAHL und Medline wurden Schlagwörter anstatt Keywords für die Recherche verwendet. Die Schlagwörter wurden von den Keywords abgeleitet und sind ebenfalls in Tabelle 1 ersichtlich. Die Searchhistory der durchgeführten Recherche mit den unterschiedlichen Kombinationen ist im Anhang C nachvollziehbar dargestellt.

Tabelle 1

Keywords

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme	Schlagwörter
Unawareness	Unawareness, reduced awareness, anosognosia	anosognosia, impaired awareness, impaired self-awareness, reduced awareness, awareness	CINAHL: anosognosia; Medline: awareness; AMED: awareness; Cochrane: awareness
erworbene Hirnschädigung	Acquired brain injury	Traumatic brain injury, stroke, traumatic head injury	CINAHL: brain injuries, stroke; Medline: brain injuries, stroke; AMED: brain injuries, stroke; Cochrane: brain injuries, stroke
Ergotherapie	occupational therapy	occupational therapist, occupation	CINAHL: occupational therapy, occupational therapists; Medline: occupational therapy; AMED: occupational therapist; Cochrane: occupational therapy
Klienten-zentrierung	client-cent(e)red, clientcent(e)red-ness	client cent(e)red practice	CINAHL: patient centred care; Medline: patient-centered care; Cochrane: patient-centered care
Ethik	ethic	ethical dilemma	CINAHL: ethics; Medline: ethics, ; AMED: decision making, ethics, ethics medical ; Cochrane: ethics
Zielsetzung	goal setting, goal phrasing	goal, goal setting process, aim, therapy goal	CINAHL: goal-setting, goal attainment; Medline: goals; AMED: goals; Cochrane: goals

Um aus den Suchergebnissen relevante Literatur herauszufiltern, prüften die Verfasserinnen die Titel und Abstracts der Suchergebnisse auf festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden Studien mit erwachsenen Menschen, welche *Unawareness* aufgrund einer *erworbenen Hirnschädigung* nach *CVI* oder *traumatischer Hirnverletzung* aufwiesen. Zu den Ausschlusskriterien zählten *Unawareness* aufgrund anderer neurologischen oder psychologischen

Erkrankungen. Weiter wurde Literatur aus dem asiatischen Raum ausgeschlossen, da angenommen wird, dass die Kultur einen Einfluss auf den Bereich der Unawareness hat (Prigatano, 2004). Die detaillierte Tabelle der Ein- und Ausschlusskriterien ist im Anhang B ersichtlich. Zur Ergänzung der systematischen Datenbankrecherche wurde von einzelnen ausgewählten Studien eine Snowballsearch durchgeführt. Die Literaturrecherche ergab 154 passende Studien, welche einem Teil der Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen und als Volltext verfügbar waren. Die Verfasserinnen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Literatur.

Die gefundene Literatur wurde in einem nächsten Schritt genauer betrachtet und in einem von den Verfasserinnen erstellten Raster zusammengefasst (siehe Anhang D). Die Studien wurden dabei erneut auf die Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und dann mit der Relevanz für den Ergebnisteil der Arbeit bewertet. Die relevantesten Studien wurden für die *Lösungsoptionen* und erweiterten Lösungsoptionen gewählt. Die drei Studien der Lösungsoptionen wurden anhand der Beurteilungskriterien von Letts et al. (2007) für qualitative Studien, beziehungsweise von Law et al. (1998) für quantitative Studien analysiert (siehe Anhang E). Die Studien der erweiterten Lösungsoptionen wurden nicht kritisch gewürdigt.

Studien, die für die Lösungsoptionen nicht relevant waren, wurden teilweise als Literatur für den theoretischen Hintergrund oder den Diskussionsteil verwendet. Die Literatur für den Hintergrund wurde mit einer Handrecherche in verschiedenen Fachbüchern der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und dem NEBIS-Katalog ergänzt. Ziel dabei war es, Informationen zu wesentlichen Themen und Theorien zu erhalten. Dabei wurden Bücher mit den Themen „Unawareness“, „Klientenzentrierung“ und „Berufsethik“ ausgewählt. Als Auswahlkriterien dienten der Bekanntheitsgrad des *Autors*, der Titel und das Inhaltverzeichnis. Weiter wurden Bücher, die den Verfasserinnen aus der Ausbildung zur Ergotherapeutin an der ZHAW bekannt waren, verwendet.

Die Literaturrecherche und das Zusammenfassen der Studien teilten die Verfasserinnen unter sich auf. Dafür wurde eine einheitliche Vorgehensweise abgesprochen und fortlaufend Rücksprache gehalten.

3. Problemanalyse

In diesem Kapitel werden die Themen Unawareness, Klientenzentrierung, Zielsetzung und Ethik theoretisch hergeleitet und miteinander verknüpft.

3.1. Unawareness

*Unawareness*³ ist eines der häufigsten Probleme in der Rehabilitation von *Klienten* mit *erworbenen Hirnschädigungen* (Kerkhoff, 2003). Gialanella, Monguzzi, Santoro und Rocchi (2005) stellten in ihrer Studie mit Klienten mit *Hemiplegie* und *Neglect* fest, dass Klienten mit vorhandener Unawareness eine schlechtere Rehabilitationsprognose haben, als Klienten ohne Unawareness. *Reduzierte Awareness* bei Klienten nach erworbener Hirnschädigung ist ein komplexes Phänomen und hat einen Einfluss auf die Ergotherapie (Lucas & Fleming, 2005). Vor allem in der *Akutphase* nach einer Hirnschädigung sind viele Klienten von Unawareness betroffen (Kerkhoff, 2003), unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildungsstand und sozioökonomischen Status (Cavallo et al., 1992; Hoofien et al., 2004; Vanderploeg et al., 2007, zit. nach Dirette, 2010). Klienten mit Unawareness fehlt die Fähigkeit, eigene Defizite wahrzunehmen und die daraus resultierenden Probleme voraussehen zu können (Kerkhoff, 2003). Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Betroffenen explizit auf ihre Defizite hingewiesen werden. Die Selbsteinschätzung von Klienten mit Unawareness ist meistens zu hoch und stimmt nicht mit der Fremdeinschätzung von *Gesundheitspersonal* überein. Klienten schätzen ihre Fähigkeiten besser ein, als sie diese tatsächlich in Aktivitäten anwenden können (Abreu et al., 2001). Dadurch tendieren sie dazu, Aktivitäten zu wählen, die sie nicht meistern können und realisieren nicht, wenn sie Hilfe benötigen (Golisz & Toglia, 1998, zit. nach Toglia & Kirk, 2000). Ein typisches Phänomen der Unawareness ist auch, dass die Klienten Probleme, die während Aktivitäten auftauchen, eher externen als internen Ursachen zuschreiben (Prigatano, 2004). Beispielsweise macht der Klient die Kaffeemaschine der Rehabilitationsklinik dafür verantwortlich, dass er nicht in der Lage ist, einen Kaffee zuzubereiten. Auch wenn die Maschine zu Hause eine ähnliche Bedienung verlangt (Lindström, Eklund, Billhult & Carlsson, 2013).

Je nach beeinträchtigter Hirnregion treten unterschiedliche Formen der Unawareness auf. Unawareness kann vollständig oder partiell auftreten. Letzteres bedeutet, dass

³ Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar (Anhang A) definiert.

der Klient für gewisse Bereiche seine Einschränkungen erkennt, bei einem oder mehreren anderen Bereichen jedoch Unawareness vorhanden ist (Prigatano, 2014). Unawareness kann neben Klienten mit *CVI* und *traumatischer Hirnverletzung* auch bei anderen neurologischen und psychologischen Krankheiten beobachtet werden (Prigatano, 2014). In dieser Arbeit liegt der Fokus jedoch nur auf Unawareness nach erworbener Hirnschädigung durch CVI oder traumatische Hirnverletzung.

3.1.1. Ursache und Häufigkeit der Unawareness

Die Häufigkeit, wie oft Unawareness nach einer erworbenen Hirnschädigung auftritt, variiert laut Orfei et al. (2007) stark. Die *Autoren* stellten fest, dass unterschiedliche Studien *Inzidenzraten* zwischen 7% und 77% nannten. Die grossen Unterschiede würden unter anderem mit dem Messzeitpunkt nach der Hirnschädigung sowie mit der Verwendung verschiedener Messinstrumente zusammenhängen (Orfei et al., 2007).

Gemäss Vuilleumier (2004) sind in den letzten hundert Jahren verschiedene Spekulationen und Theorien zur Ursache von Unawareness entstanden, jedoch erscheint keine davon als vollständig zufriedenstellend. Bis heute gibt es somit keine wissenschaftlich fundierten Erklärungen zur spezifischen Ursache der Unawareness (Kerkhoff, 2003). Bekannt ist, dass Unawareness ein Phänomen mit organischer Ursache ist (Kortte et al., 2003, zit. nach Dirette, 2010). Gemäss den Untersuchungen von Vocat, Staub, Stroppini und Vuilleumier (2010) müssen bei der Entstehung von Unawareness mehrere vernetzte Hirnregionen geschädigt sein. Laut Vuilleumier (2004) könnte die Verschiedenartigkeit des Phänomens ein Grund dafür sein, dass erst wenig konkretes Wissen über Unawareness vorhanden ist.

3.1.2. Stufen der Awareness

Crosson et al. (1989, zit. nach Abreu et al., 2001) beschreiben die *Awareness* als mehrstufigen Prozess. In ihrem Modell unterteilen sie Awareness in die folgenden drei Stufen: informelle, auftauchende und vorausschauende Awareness. In der untersten Stufe ist die informelle Awareness. *Klienten* dieser Stufe benennen ihre Defizite zwar verbal, passen jedoch ihr Handeln nicht daran an. In der Stufe der auftauchenden Awareness nehmen Klienten Defizite nur dann wahr, wenn sie in der Durchführung einer Aktivität auftreten. Bei der höchsten Stufe, der vorausschauenden Awareness, können Klienten reflektieren, welche zukünftigen

Probleme als Folge ihrer Defizite auftreten könnten. Um die vorausschauende Awareness zu erlangen, müssen laut Crosson et al. (1989, zit. nach Abreu et al., 2001) zuerst die beiden unteren Stufen des Modells erreicht werden.

Das Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) ist ein standardisiertes, semistrukturiertes Interview, um die Awareness von Klienten einzuschätzen (Fleming, Strong & Ashton, 1996). Es wurde für Klienten mit Unawareness nach traumatischer Hirnverletzung entwickelt. In diesem Abschnitt wird auf den Teil des SADI eingegangen, in dem die Awareness für die eigenen Fähigkeiten des Klienten vom Interviewer eingeschätzt werden. Dabei wird die Awareness anhand der Reaktionen des Klienten auf verschiedene Fragen in einer vierstufigen Skala eingestuft (0 bis 3 Punkte). Null Punkte werden vergeben, wenn der Klient seine Einschränkung spontan auf die allgemeine Frage, ob er Beschwerden habe, nennt. Dies bedeutet, dass der Klient eine adäquate Awareness für sein Defizit hat und keine Unawareness aufzeigt. Wenn der Klient sein Defizit erst benennt, nachdem eine spezifische Frage zur eingeschränkten Funktion gestellt wurde, wird in der Skala eine Eins eingetragen. Zwei Punkte werden gewertet, wenn der Klient sein Defizit erkennt, nach dem es ihm demonstriert wurde. Beispielsweise wenn er mit dem Rollstuhl in den Türrahmen fährt und in diesem Moment seinen *Neglect* wahrnimmt. Von schwerer Unawareness ist die Rede, wenn dem Klienten auf der Skala drei Punkte berechnet werden. In dieser Stufe findet keinerlei Anerkennung des Defizits statt (Fleming et al., 1996).

Die Stufen des SADI können nicht direkt mit den Stufen von Crosson et al. (1989) gleichgesetzt werden. In Studien ist der Unterschied zwischen den einzelnen Stufen, beziehungsweise zwischen *reduzierter Awareness* und Unawareness oft nicht klar deklariert. Aus diesem Grund verwenden die Verfasserinnen in dieser Arbeit reduzierte Awareness und Unawareness als Synonyme. Anosognosie ist ein weiteres Synonym, das vor allem in der englischsprachigen Literatur verwendet wird, jedoch nicht in dieser Arbeit.

3.1.3. Verlauf der Unawareness

Obwohl sich Unawareness nach *erworbener Hirnschädigung* innerhalb einiger Tagen oder Wochen verbessert, bleiben oft unterschwellige Störungen der Awareness über mehrere Monate oder Jahre bestehen (Prigatano, 2004). In der Studie von Vocat et al. (2010) wurde untersucht, wie sich die reduzierte Awareness über die Zeit nach

einem CVI verändert. Die Ergebnisse bestätigten eine Verbesserung der Awareness über die Zeit. Die Übersicht über den Verlauf der reduzierten Awareness ist in Abbildung 2 ersichtlich. Die Unawareness verändert sich in Abhängigkeit von der Erholung der geschädigten Hirnregion, wodurch eine bessere Stufe der Awareness erreicht wird (Prigatano, 2004).

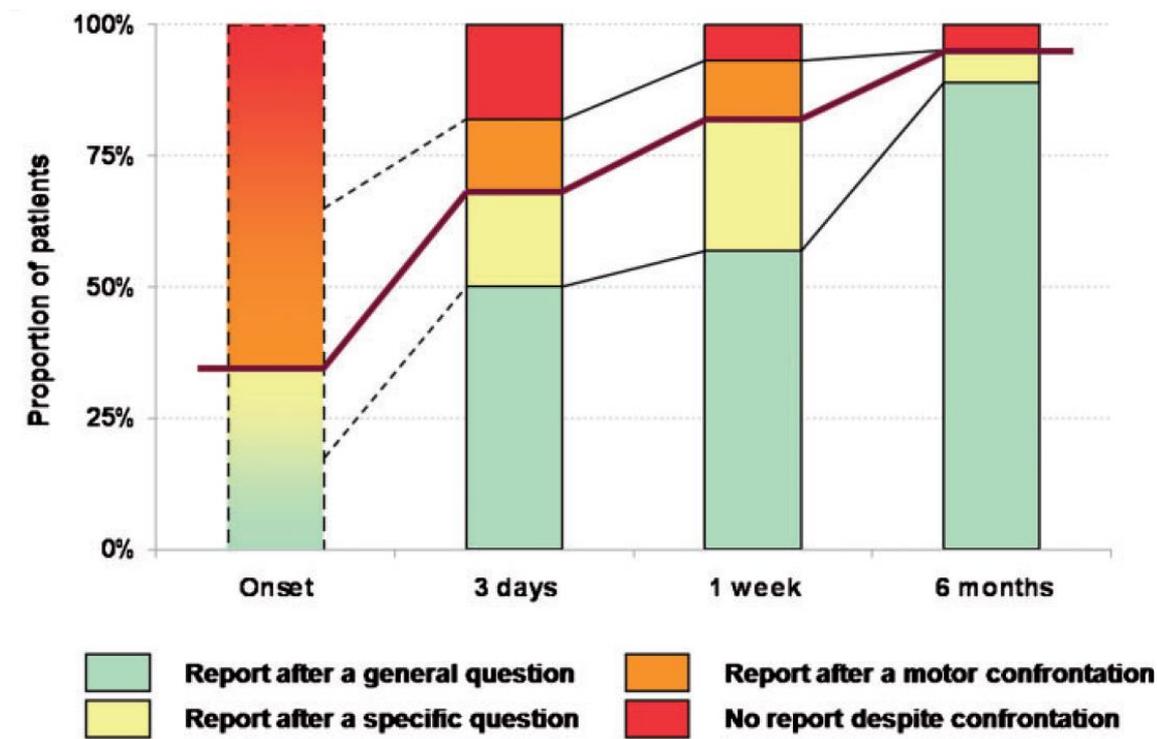


Abbildung 2. Veränderungsprozess der Awareness nach CVI (Vocat et al., 2010, S.3585)

Anmerkung: Darstellung der Veränderung der Awareness für motorische Defizite von Klienten nach CVI. Die dicke Linie stellt die Trennung zwischen den Klienten mit und ohne Unawareness dar. Drei Tage nach der Hirnschädigung zeigten 32% der Klienten Unawareness, nach sechs Monaten waren noch 7% davon betroffen.

Unawareness für die eigenen Fähigkeiten kann in vier Kategorien aufgeteilt werden: kognitive (Denken, Erinnern, Planen, Problemlösen, Sprechen), physische und sensorische (Sehen, Hören, Spüren) sowie psychosoziale (Emotionen, Sozialverhalten) Fähigkeiten (Dirette, 2010; Kerkhoff, 2003). Defizite in den physischen Fähigkeiten sind für den *Klienten* leicht beobachtbar und werden darum im Vergleich zu anderen Einschränkungen schnell erkannt (Prigatano et al., 1990, Dirette & Plaisier 2007, zit. nach Dirette, 2010). Sensorische Defizite werden ebenfalls häufig schnell erkannt. Je abstrakter und schwieriger die Einschränkungen zu beobachten sind, desto schwieriger fällt es den Klienten diese wahrzunehmen. Defizite in kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten sind dadurch für Klienten am schwierigsten zu erkennen (Port et al., 2002, zit. nach Dirette, 2010). Die *reduzierte*

Awareness der kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten verbessert sich demnach weniger schnell, als die der physischen und sensorischen Fähigkeiten.

Um die Awareness der eigenen Fähigkeiten in all diesen Kategorien zu steigern, hilft es, wenn der Klient Aktivitäten durchführen kann und dabei Feedback der Umwelt erfährt (Dirette, 2010). Mit dem Veränderungsprozess zur vorausschauenden Awareness kann der Klient seine eigenen Fähigkeiten besser interpretieren. Dies bedeutet eine realistische Einschätzung und Evaluation der eigenen *Performanz*. Dadurch ist der Klient in der Lage, eigene realistische Ziele zu setzen (Dirette, 2010). Bandura (1989, zit. nach Dirette, 2010) erörtert in seiner sozial-kognitiven Theorie, dass der Veränderungsprozess der Awareness nicht nur aufgrund einer einzelnen Veränderung stattfindet. Wie in Abbildung 3 dargestellt ist, verändert sich die Awareness durch die Wechselwirkung der personenbezogenen Faktoren, den Verhaltensweisen des Klienten und der Umwelt (Bandura, 1989, zit. nach Dirette, 2010).

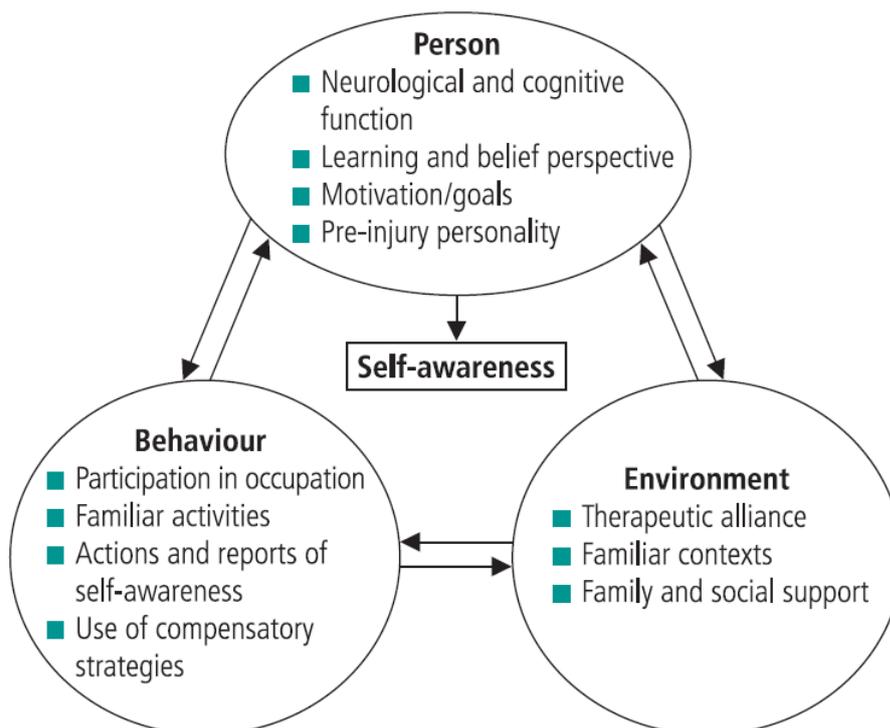


Abbildung 3. Veränderungsprozess der Awareness (Bandura, 1989, zit. nach Dirette, 2010, S.312)

3.1.4. Unawareness und denial of illness

Denial of illness ist ein psychologischer Abwehrmechanismus (Prigatano, 2004), bei dem die *Klienten* implizites Wissen über ihre Defizite haben. Im Gegensatz zu Klienten mit *Unawareness*, reagieren sie resistent oder verärgert auf Herausforderungen in Aktivitäten und auf negatives Feedback bezüglich ihrer Fähigkeiten (Prigatano & Klonoff 1998, zit. nach Dirette, 2010). Laut Prigatano (2014) zeigen Klienten mit Unawareness meistens keine emotionalen Reaktionen auf ihre Einschränkungen, weil sie diese Defizite nicht wahrnehmen (Katz, Fleming, Keren, Lightbody & Hartman-Maeir, 2002). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Ergotherapeutin die Unterscheidung zwischen Unawareness und denial of illness macht und die Therapieform entsprechend anpasst. Bei Klienten mit Unawareness können die Aktivitäten herausfordernd gestaltet werden. Klienten mit denial of illness sollten bei den Aktivitäten unterstützt und entlastet werden. Eine Unterscheidung der beiden Phänomene ist nicht immer einfach, da die Grenze zwischen ihnen unklar ist und sie auch gleichzeitig bei einem Klienten vorkommen können. Dies erfordert ein sensibles Vorgehen seitens der Therapeutin (Katz et al., 2002). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf dem Thema Unawareness, deshalb wird nicht genauer auf denial of illness eingegangen.

3.2. Klientenzentrierung

3.2.1. Entwicklung und Definition der Klientenzentrierung

Der *klientenzentrierte* Ansatz findet seinen Ursprung in der *humanistischen* Psychologie und in verschiedenen Lerntheorien (Flotho, 2007). Rogers, ein Humanpsychologe, war 1939 ein Vorreiter der Begriffsdefinition der *Klientenzentrierung* (Falardeau & Durand, 2002). Er betonte, wie wichtig Empathie, Respekt, aktives Zuhören, Selbstverwirklichung und die Beziehung zwischen *Klient* und Therapeutin ist. Während seiner Zeit herrschte das *medizinische Paradigma*, welches Therapeutinnen und Ärzte als Experten ansah und den *Patienten* zur Passivität drängte. Erfahrungen des Patienten wurden ignoriert und der Fokus auf die Krankheit gelegt (Chewning & Sleath, 1996, zit. nach Falardeau & Durand, 2002). Rogers Ideen der Klientenzentrierung wurden von einigen Therapeutinnen falsch verstanden und in einer Gegenbewegung zum medizinischen Paradigma übertrieben umgesetzt. Dabei kam es zum Rollentausch zwischen Therapeutin und Klient, wobei

der Klient viel Macht erhielt und die Therapeutin sich passiv verhielt (Falardeau & Durand, 2002).

Heute wird die Klientenzentrierung eher als eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Klient und Therapeutin gesehen, was verschiedene Definitionen aus der Ergotherapie zeigen.

In der Ergotherapie wurde die erste Definition von Klientenzentrierung 1995 in Kanada formuliert (Law et al., 1995, zit. nach Hammell, 2013). Respekt gegenüber dem Klienten sowie die therapeutische Beziehung spielten dabei eine zentrale Rolle. Die *Autonomie* des Individuums wurde anerkannt. Der Klient wurde befähigt, Entscheidungen über seine eigene Behandlung zu treffen und darin bestärkt, sich in der Therapie einzubringen. Nach Sumsion (2000) baut die Klientenzentrierung auf eine Partnerschaft zwischen Klient und Ergotherapeutin auf, welche den Klienten befähigt, *bedeutungsvollen* Aktivitäten und Rollen nachzugehen. Dabei definiert der Klient aktiv mit der Therapeutin relevante Ziele, welche den Fokus der Ergotherapie bestimmen. Die Therapeutin respektiert die Werte des Klienten und gestaltet *Interventionen*, damit diese den Bedürfnissen des Klienten entsprechen. Weiter unterstützt sie den Klienten, fundierte Entscheidungen zu treffen. Sumsion (2002, S.22) schreibt zur Zielsetzung: „Der Klient muss Realitäten und Grenzen der verfügbaren Ressourcen durchschauen, ehe er die Ziele der Intervention festlegt. Der klientenzentrierte Ansatz macht es erforderlich, dass der Analyse und dem Durchschauen der Erhebungsdaten hinreichend Zeit und Energie gewidmet wird, erst dann setzt der Klient die Ziele. Dies ist möglicherweise der wichtigste Schritt im ganzen Prozess“. Dies bedeutet, dass die Therapeutin dem Klienten zuerst ein fundiertes Wissen von Möglichkeiten und Grenzen ermöglichen soll. Danach ist der Klient in der Lage, für ihn bedeutungsvolle Ziele zu setzen. Auf die Wichtigkeit der Zielsetzung wird in Kapitel 3.3 „Zielsetzung“ genauer eingegangen.

Es zeigt sich, dass die Klientenzentrierung nicht von Anfang an in der Praxis implementiert werden konnte und es verschiedene Definitionen in der Ergotherapie gibt. Als wichtigste Aspekte der Klientenzentrierung sehen die *Verfasserinnen* dieser Arbeit, dass die Ergotherapeutin Werte und Bedürfnisse des Klienten respektiert und ihn unterstützt, für sich relevante Ziele zu definieren.

3.2.2. Umsetzung der Klientenzentrierung

Nach Maitra und Erway (2006) ist der Erfolg einer praktischen Umsetzung der *Klientenzentrierung* von zwei Faktoren abhängig. Zum einen braucht es den Wunsch und die Fähigkeit des Klienten am Entscheidungsprozess teilzunehmen. Zum anderen sind der Wunsch und die Fähigkeit der Ergotherapeutin, den *Klienten* in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen, zentral. Gemäss den Autoren nehmen Klienten und Ergotherapeutinnen die klientenzentrierte Praxis unterschiedlich wahr. Therapeutinnen gehen davon aus, dass sie Klienten aktiv in Entscheidungsprozesse involvieren. Wobei den Klienten der klientenzentrierte Ansatz häufig nicht bewusst war. Die Autoren finden es wichtig, zu erfahren wie stark Klienten in den Entscheidungsfindungsprozess involviert werden möchten (Maitra & Erway, 2006). Studien zeigen, dass Klienten unterschiedliche Bedürfnisse aufweisen, wie sehr sie in Entscheidungsprozesse und in die Therapieplanung miteinbezogen werden möchten (Palmadottir, 2003; Peoples et al., 2011). Palmadottir (2003) fand heraus, dass Klienten nicht immer erwarten, aktiv in die Planung und Umsetzung der Therapien involviert zu werden. Einige sind froh, wenn das *Gesundheitspersonal* Entscheidungen für sie übernimmt und die Verantwortung abgegeben werden kann (Hammell, 2013). Als möglichen Grund dafür sehen die Verfasserinnen, dass diese Klienten noch das *medizinische Paradigma* verinnerlicht haben. Gemäss Beyermann (2006) sollten Klienten die Möglichkeit haben, Entscheidungen zu gesundheitlichen Angelegenheiten in die Hände der Therapeutinnen zu geben. Denn Selbstbestimmung setzt ein hohes Mass an Eigenverantwortung, Eigeninitiative und Mitwirkung seitens des Klienten voraus. Damit ein Klient mitwirken kann, braucht dieser Informationen, Wissen, Motivation, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Bei Entscheidungsfindungen sollte das Gesundheitspersonal darauf achten, dass die Autonomie des Klienten nicht in ein „Sich-selbst-überlassen-Sein“ umschlägt (Beyermann, 2006). Es ist wichtig, die Klientenzentrierung als ein Kontinuum zu verstehen, das sich an die Fähigkeiten des Klienten, Entscheidungen zu fällen, anpasst (Wilkins, Pollock, Rochon & Law, 2001). Das Einbeziehen eines Klienten in den Entscheidungsprozess ist laut Peoples, Satink und Steultjens (2011) ein ständiges Abwägen vom Recht zu bestimmen und vom Recht nicht zu bestimmen. Es hängt unter anderem davon ab, wie stark ein Klient in Entscheidungen mitbeinbezogen werden möchte oder kann. Peoples et al.

(2011) sehen hier die Definition der Klientenzentrierung herausgefordert, da eine aktive Partizipation des Klienten am Entscheidungsprozess erwartet wird. Auch das Machtverhältnis zwischen Klient und Therapeutin hat eine Auswirkung auf die Umsetzung der Klientenzentrierung. Sim (1998) weist auf ein Ungleichgewicht von Wissen und Macht in der therapeutischen Beziehung zum Klienten hin. Ein ausgeglichenes Machtverhältnis zwischen Klient und Ergotherapeutin sollte laut Sumsion und Smyth (2000) angestrebt werden. Damit Therapeutinnen klientenzentriert arbeiten können, ist es daher wichtig, den Einfluss von Macht zu verstehen (Sumsion & Law, 2006). Wenn der Klient und die Therapeutin verstehen und akzeptieren, dass dem Klienten Macht zusteht, kann dieser ein gleichberechtigter Partner in der Therapie werden. Der Klient kann somit Entscheidungen selbstbestimmt treffen (Sim, 1998) und aktiv seine Gesundheit fördern (Sumsion, 1999, zit. nach Sumsion & Law 2006). Damit Klienten fundierte Entscheidungen treffen können, müssen sie vom Gesundheitspersonal mit entsprechenden Mitteln und Informationen bezüglich der eigenen Situation ausgestattet werden (Beyermann, 2006). Dadurch kann eine gleichberechtigte therapeutische Beziehung entstehen (Wilkins et al., 2001).

Mehrere Studien haben die Umsetzung der Klientenzentrierung in der Praxis untersucht. Dabei sind sie auf weitere Barrieren gestossen und haben dafür Lösungsvorschläge entwickelt.

Viele Therapeutinnen befürchten, dass der klientenzentrierte Ansatz zu viel Zeit benötige (Wilkins et al., 2001). Andere *Autoren* sind jedoch davon überzeugt, dass eine gute therapeutische Beziehung längerfristig sogar Zeit spart (Brown, McWilliam & Weston, 1995; Delbanco, 1992; Jones et al., 2004, zit. nach Sumsion & Law, 2006). Wressle und Samuelsson (2004) nennen als häufigste Barrieren in der Umsetzung der Klientenzentrierung, dass die Therapeutin zu wenig Wissen über die Klientenzentrierung hat, dass die Therapeutin und der Klient unterschiedliche Ziele haben oder dass die Werte und Überzeugungen der Therapeutin sie daran hindern, die Ziele des Klienten zu akzeptieren. Eine häufig genannte Lösung für eine effektivere Umsetzung der Klientenzentrierung ist die Unterstützung durch Kolleginnen und durch das Management der Arbeitsstelle zur Umsetzung der Klientenzentrierung. Ausserdem erscheint es wichtig, dass alle Mitarbeiter in die Klientenzentrierung involviert sind und Mitarbeiterschulungen angeboten werden, um zu lernen, wie der klientenzentrierte Ansatz umgesetzt werden kann. Laut McClain

(2005) sollte nicht nur das *Gesundheitspersonal* über den klientenzentrierten Ansatz geschult werden, sondern auch die Klienten. Dadurch erfahren Klienten, wie sie aktiver an der Zielsetzung teilnehmen können.

Da die Gestaltung der Zielsetzung eine häufig genannte Barriere bei der Umsetzung der Klientenzentrierung ist, wird im folgenden Kapitel näher darauf eingegangen.

3.3. Zielsetzung

3.3.1. Bedeutung von Zielen

Das Setzen von Zielen wird als einer der wichtigsten Schritte im Therapieprozess angesehen (Sumsion, 2002) und ist damit ein zentraler Teil der Rehabilitation (Levack, Dean, McPherson & Siegert, 2006). Ziele strukturieren die Therapie und motivieren den Klienten (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009). Die aktive Teilnahme des Klienten am *Zielsetzungsprozess* beeinflusst die Beteiligung in der Rehabilitation positiv (MacDonald et al., 2013). Ohne Zielsetzung wäre die Rehabilitation sinnlos und nicht *bedeutungsvoll* für Klienten (Levack et al., 2006). Wenn Klienten ihre Rehabilitation als nicht bedeutungsvoll und ohne Nutzen betrachten, nehmen sie weniger am Prozess teil (MacDonald et al., 2013). Dies kann den Aufenthalt in einer Klinik verlängern und die Genesung erschweren (Lequerica, Donnell & Tate, 2009; Lequerica & Kortte, 2010, zit. nach MacDonald et al., 2013). Ziele sollten immer Ziele des Klienten sein, weil er primär von der Zielerreichung profitiert (Sumsion, 2002).

Fisher (2014) schreibt der Zielsetzung in der Ergotherapie eine wichtige Bedeutung zu. Ergotherapeutinnen sollten messbare und beobachtbare Ziele formulieren und dokumentieren, bevor sie zur *Intervention* übergehen. Dies ist notwendig, damit die Effektivität der Intervention und die Erreichung der Ziele überprüft werden kann. Laut Blackmer (2000) sind mindestens vier Parteien an der Zielsetzung involviert: der Klient, das Gesundheitspersonal, die Angehörigen und die Gesellschaft. Klienten wissen, welche Ziele für sie am Wichtigsten sind und wie viel Zeit und Energie sie dafür aufwenden wollen. Das Gesundheitspersonal erkennt Ziele für den Klienten und bespricht diese mit ihm. Auch Angehörige haben ein Interesse an der Zielsetzung, da sie die Klienten oft nach der Rehabilitation pflegen und die gesetzten Ziele ihr eigenes Leben beeinflussen können (Blackmer, 2000). In der Gesellschaft hat Unabhängigkeit und Selbstversorgung einen hohen Stellenwert, was einen Einfluss auf die Zielsetzung hat (Haas, 1988, zit. nach Blackmer, 2000).

3.3.2. Klientenzentrierte Ziele in der Ergotherapie

Gemäss Armstrong (2008) wird die klientenzentrierte Zielsetzung in der Rehabilitation als *Best Practice* erachtet. Ziele mit dem *Klienten* auszuhandeln, statt sie ihm aufzudrängen, kann eine Auswirkung auf die aktive Teilnahme am Therapieprozess und Motivation des Klienten haben. Laut MacDonald et al. (2013) nehmen Klienten eine grössere Rolle bei Entscheidungen bezüglich der Rehabilitation ein, wenn sie über ihre Erkrankung und über die Rehabilitation aufgeklärt werden. Die Therapeutin sollte dem Klienten deshalb genügend Informationen zur Verfügung stellen, damit dieser befähigt wird, fundierte Entscheidungen zu treffen (Armstrong, 2008; Beyermann, 2006). Dabei bringen die Therapeutin die berufliche Expertise und der Klient Erfahrungen seiner Einschränkungen mit. Wenn genügend Zeit zu Beginn der Therapie für die Zielsetzung investiert wird, begünstigt dies später ein bedeutungsvolles Engagement des Klienten in der Rehabilitation (Armstrong, 2008). Bei der klientenzentrierten Zielsetzung definieren die Ergotherapeutin und der Klient gemeinsam die Ziele für die Therapie (Fisher, 2014). Kann der Klient keine klaren oder realistischen Ziele nennen, so muss die Ergotherapeutin den Klienten dabei unterstützen. Klientenzentriert bedeutet hier, dass die Ergotherapeutin nicht Ziele für den Klienten auswählt, sondern ihn unterstützt diese zu definieren. Es ist zu beachten, dass die meisten Klienten keine Erfahrung mit der Zielsetzung haben. Dies hat zur Folge, dass die Ergotherapeutin oft die Formulierung übernimmt. Sie muss jedoch eng mit dem Klienten und/oder seinen Angehörigen zusammenarbeiten, um deren Absichten und Wünsche zu gewährleisten (Fisher, 2014).

Da an der Zielsetzung mehrere Parteien involviert sind und somit Wünsche des Klienten, der Angehörigen und des Gesundheitspersonals in Einklang gebracht werden sollen, stellt die Zielsetzung eine der grössten Herausforderungen in der Rehabilitation dar (Blackmer, 2000). Es ist demzufolge wichtig, zu wissen, wer die Ziele setzt und wer bestimmt, welche Ziele am wichtigsten sind. Levack et al. (2006) erkennen, dass die Zielsetzung ein Aushandeln zwischen den Hoffnungen und Wünschen der Klienten, als auch den Zielen der Therapeutinnen und allen anderen an der Rehabilitation beteiligten Personen sein sollte. Bei Konflikten über die Realisierbarkeit und Wichtigkeit der Ziele treten die Prinzipien der *Autonomie* und der *Fürsorge* in den Vordergrund. Der Klient möchte Entscheidungen autonom treffen, während das Gesundheitspersonal fürsorglich das Beste für den Klienten tun möchte

(Blackmer, 2000). Die gewünschte Unterstützung in der Zielsetzung kann je nach Klient und Erholungsphase unterschiedlich sein (Playford, Siegert, Levack & Freeman, 2009). Deshalb sollten Klienten gefragt werden, inwieweit sie in den Zielsetzungsprozess involviert werden möchten. Auch für Klienten mit *erworbener Hirnschädigung* zeigte sich die Rehabilitation als effektiv und motivierend, wenn Ziele gesetzt wurden (Gauggel et al, 2001; Gauggel & Fischer, 2001, zit. nach Hartigan, 2012). Laut Hartigan (2012) gibt es verschiedene Methoden, die für die Zielsetzung angewandt werden, jedoch ist keine spezifisch für Klienten mit CVI. Um ihre Teilnahme an der Zielsetzung zu fördern, wäre es sinnvoll, spezifische Zielsetzungsmethoden zu entwickeln (Hartigan, 2012).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zielsetzung für die Rehabilitation essenziell ist und ihr positive Effekte für den Rehabilitationsverlauf zugeschrieben werden. Dabei sollte der Klient eigene Ziele äussern, die in der Rehabilitation verfolgt werden können. Ziele auszuhandeln kann herausfordernd sein, da viele Interessensgruppen am Rehabilitationsprozess beteiligt sind, die nicht immer die gleichen Ziele haben.

3.3.3. Herausforderungen der klientenzentrierten Zielsetzung

Ergotherapeutinnen erkennen, dass die meisten Barrieren in der Umsetzung der *Klientenzentrierung* in Verbindung mit der Zielsetzung stehen (Sumsion & Smyth, 2000). Am häufigsten wurden Probleme wegen unterschiedlichen Zielen von *Klient* und Therapeutin genannt. Ebenfalls häufig genannt wurde, dass die eigenen Werte und Einstellungen der Therapeutin sie daran hindert, Ziele des Klienten zu akzeptieren. Einige Therapeutinnen fühlten sich unwohl, den Klienten eigene Ziele wählen zu lassen. Eine mögliche Erklärung für diese Barrieren in der Zielsetzung ist, dass Therapeutinnen mehr Fertigkeiten brauchen, um einen Klienten zu befähigen seine Einschränkungen und damit verbundene Ziele zu benennen, als Entscheidungen für ihn zu treffen (Sumsion 1993, zit. nach Sumsion & Smyth, 2000). Leach, Cornwell, Fleming und Haines (2010) und Doig et al. (2008) sehen *Unawareness* als häufige Barriere für das Setzen von klientenzentrierten Zielen. Klienten mit *reduzierter Awareness* setzten weniger realistische Ziele, als Klienten, die eine bessere Einschätzung ihrer Einschränkungen haben (Fischer et al., 2004). Auch Conneeley (2004) erkennt die reduzierte Awareness als Herausforderung bei der Zielsetzung. Sie ist der Meinung, dass das Setzen von realistischen Zielen

Wissen und Verständnis der eigenen Erkrankung voraussetzt. Nicht nur das Setzen von realistischen Zielen fällt Klienten mit Unawareness schwer, sondern auch das Verfolgen der gesetzten Ziele. Laut Prigatano und Wong (1999, zit. nach Toglia & Kirk, 2000) hängt das Erreichen von Zielen in der Rehabilitation mit der Stufe der Awareness zusammen. Klienten mit Unawareness sehen oft keinen Grund für die Ziele und verstehen so die Notwendigkeit der Therapie nicht (Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers, 2009). Dadurch, dass diese Klienten ihre Einschränkungen nicht erkennen, sind sie nicht motiviert, um in der Therapie an ihren Defiziten zu arbeiten. Wenn sich unrealistische Ziele des Klienten mit Zielen der Angehörigen und/oder des *Gesundheitspersonals* widersprechen, führt dies oft zu Spannung zwischen den Beteiligten (Prigatano & Wong, 1999, zit. nach Toglia & Kirk, 2000).

In der Studie von Daniëls, Winding und Borell (2002) erkannten Ergotherapeutinnen verschiedene *Dilemmas* im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Klienten mit CVI. War ein Klient von Unawareness betroffen, so wurde er weniger in Entscheidungsprozesse einbezogen, da die Ergotherapeutinnen darauf achteten, den Klienten vor unrealistischen Erwartungen zu bewahren. Die Ergotherapeutinnen waren der Meinung, dass keine bedeutungsvollen Ziele gesetzt werden konnten, weil die Klienten ihre Probleme nicht erkannten. Somit schränkt Unawareness die Autonomie in der Zielsetzung ein.

Es wird ersichtlich, dass beim *Zielsetzungsprozess* viele Herausforderungen auftauchen. Mit Klienten mit Unawareness realistische Ziele zu formulieren ist eine dieser Herausforderung. Ergotherapeutinnen erleben dabei verschiedene Dilemmas, da nicht immer klar ist, welche Ziele gesetzt werden sollen. Werden die unrealistischen Ziele des Klienten angenommen? Wie soll mit den Zielen der Angehörigen umgegangen werden? Und was ist mit den Zielen, die eine Ergotherapeutin selbst für ihren Klienten sieht? Diese Fragen erfordern mehr Wissen über ethische Entscheidungen, weshalb im folgenden Kapitel das Thema Ethik und der ergotherapeutische Berufskodex erläutert werden.

3.4. Ethik

Ethik im Gesundheitswesen soll dazu beitragen, dass klare, transparente und überzeugende Entscheidungen getroffen werden können (Arn & Weidmann-Hügler, 2009). Unter Ethik wird die *Reflexion* von *Moral* verstanden. Die *Moral* ist die Summe zahlreicher *Werte*. Ethik befasst sich also mit der Reflexion von Werten und mit der

Reflexion der Verhältnisse zwischen unterschiedlichen Werten. Dabei werden Werte benannt, Konflikte aufgedeckt und Werte eingeordnet. Entscheidungen sind demzufolge werteabhängig (Arn & Weidmann-Hügler, 2009).

In der Ergotherapie versteht man unter Ethik „das eigene Wahrnehmen mit den Augen der Anderen zu erkunden [und dass man sich] des eigenen Daseins, Wissens, Wollens, Könnens und Sollens“ bewusst ist (Hack, 2004a, S.3). Die Berufsethik beschäftigt sich mit den moralischen Problemen, welche im Umgang mit dem Berufskodex auftreten (Rudolff, 2004). Da die vorliegende Arbeit ein moralisches Problem behandelt, ist es wichtig, den Inhalt des Berufskodex zu kennen.

3.4.1. Berufskodex

1996 erschien in der Schweiz die „Berufsethik und Berufsordnung des EVS“ (ErgotherapeutInnen-Verband-Schweiz [EVS], 2011). Diese setzt sich aus dem Ethikkodex der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] und dem „standard of practice“ vom Council of Occupational Therapists for the European Countries [COTEC] zusammen. Der Ethikkodex der WFOT dient weltweit als Richtlinie für die Ergotherapie. Der „standard of practice“ vom COTEC hilft den Ethikkodex des WFOT konkret in die Praxis umzusetzen. Seit 2011 gibt es in der Schweiz eine neue Version der Berufsethik und Berufsordnung, der „Berufskodex des EVS“. Folgende Punkte aus dem Berufskodex des EVS sind für die vorliegende Arbeit relevant:

- Die Ergotherapeutin plant mit dem Klienten (oder der juristisch berechtigten Bezugsperson) die Durchführung und den Abschluss der Behandlung. Dabei werden Resultate aus der Befunderhebung, individuelle Werte und Gewohnheiten des Klienten (und allenfalls der Bezugsperson) und deren individuell unterschiedlichen Möglichkeiten miteinbezogen.
- Die Ergotherapeutin setzt gemeinsam mit dem Klienten realistische Ziele.
- Die *Autonomie* des Klienten (oder der juristisch berechtigten Bezugsperson) wird stets respektiert.

Jedes EVS-Mitglied verpflichtet sich „bei der Ausübung ihrer Berufstätigkeit zur Einhaltung des Berufskodex des EVS“ (2011, S.2).

Rudolff (2004) ist der Meinung, dass der deutsche Berufskodex Anregungen für richtiges Verhalten gibt. Jedoch enthält der Berufskodex weder ethische Aussagen

noch gibt er Empfehlungen über die moralische Beurteilung von Handlungen. Stösst man an die Grenzen des Berufskodex, sind ethische Überlegungen über richtiges Handeln nötig (Rudolff, 2004). Die *Verfasserinnen* sind der Meinung, dass diese Überlegungen auf den Schweizer Berufskodex übertragbar sind. Der EVS bietet auf seiner Internetseite ein Formular an, womit Anfragen im Zusammenhang mit dem Berufskodex an den Ethik- und Beschwerderat gesendet werden können (EVS, 2012). Im ethischen Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs wird auf einen ethischen Problemlöseprozess verwiesen (August-Feicht et al., 2013). Dieser lehnt sich an Punkte aus dem „standard of practice“ an. Der Problemlöseprozess soll zur Lösung eines ethischen Problems beisteuern. Dabei werden persönliche Werte, Einstellungen und berufliche Erfahrungen reflektiert, sowie eine Analyse der ethischen Grundsätze durchgeführt. Zu den ethischen Grundsätzen haben sich im Gesundheitswesen vier Prinzipien etabliert (August-Feicht et al., 2013). Diese heissen laut Beauchamp und Childress (2001): Prinzip der *Autonomie*, Prinzip des Nichtschadens, Prinzip der *Fürsorge* (Benefizienz) und Prinzip der Gerechtigkeit.

3.4.2. Ethisches Dilemma

Die Studie von Kirschner, Stocking, Wagner, Foye und Siegler (2001) bestätigt die Hypothese dieser Bachelorarbeit, wonach es in der Rehabilitation zu ethischen Problemen bei der Zielsetzung kommen kann. Die Zielsetzung stellte ein ethisches Problem dar, wenn es zu Differenzen zwischen *Klienten*, Angehörigen und *Gesundheitspersonal* kommt.

Jameton (1984, zit. nach Penny & You, 2011) unterscheidet zwischen drei Typen von moralischen Problemen: moralisches *Dilemma*, moralische Unsicherheit und moralische Not. Zu moralischen Dilemmas kommt es, wenn mehrere moralische Prinzipien eine Situation betreffen, die angewandten Prinzipien aber nicht zueinander passen oder kombiniert werden können. Beispielsweise das gleichzeitige Beachten des Prinzips der *Autonomie* und der *Fürsorge*, wenn ein Klient eine Aktivität wählt, die ihm Schaden zufügen könnte und das Gesundheitspersonal ihn davor schützen möchte. Moralische Unsicherheit entsteht in Situationen, in denen keine klaren Handlungsrichtlinien vorgegeben sind. Zu moralischer Not kommt es, wenn das Wissen über die richtige moralische Entscheidung vorhanden ist, man aber daran gehindert wird, diese Entscheidung zu treffen oder auszuführen (Jameton, 1984, zit.

nach Penny & You, 2011). Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die Krankenkasse keine weitere Ergotherapie mehr bezahlt, obwohl die Ergotherapeutin der Meinung ist, dass diese noch indiziert wäre. Hack (2004b) betont, dass für die Lösung eines moralischen Dilemmas ein Normverstoss in Kauf genommen werden muss. Dies bedeutet, dass die Ergotherapeutin ein ethisches Prinzip als wichtiger einschätzt und wählt, wobei sie gleichzeitig ein anderes ethisches Prinzip vernachlässigen muss.

3.4.3. Verletzte Prinzipien des berufsethischen Konflikts

Unter Einbezug dieser theoretischen Erkenntnisse wird den Verfasserinnen bewusst, dass es bei *Klienten* mit *Unawareness*, in Verbindung mit der Zielsetzung, zu moralischer Not, sowie zu einem moralischen Dilemma kommen kann. Moralische Not betrifft Ergotherapeutinnen dann, wenn die *Klientenzentrierung*, welche ein professioneller Wert ist, schwierig umzusetzen ist. Die Therapeutin möchte klientenzentriert arbeiten und realistische Ziele mit dem Klienten formulieren. Der Klient selbst hat vielleicht gar keine oder unrealistische Ziele. Dem Klient und der Ergotherapeutin fällt es folglich schwer, sich auf gemeinsame Ziele zu einigen. Diese moralische Not kann auch zu einem moralischen Dilemma führen, da zur Lösung des Problems mehrere Prinzipien zur Auswahl stehen. Soll die Ergotherapeutin den unrealistischen Zielen des Klienten zustimmen, womit er sich oder anderen Schaden zufügen würde, nur um die Autonomie des Klienten zu wahren? Oder soll sie fürsorglich handeln, indem sie realistische Ziele für den Klienten setzt und seine Sicherheit gewährt?

4. Lösungsoptionen

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Studien zur Bearbeitung der Hypothese dieser Bachelorarbeit vorgestellt. Die Zielsetzung, Stichprobe und Methode der Studien werden zusammengefasst. Danach werden die für die Bachelorarbeit relevanten Ergebnisse vorgestellt. Die Studienergebnisse werden von den *Verfasserinnen*⁴ als *Lösungsoptionen* und erweiterte Lösungsoptionen bezeichnet. Studienergebnisse, die mit den Ein- und Ausschlusskriterien dieser Bachelorarbeit übereinstimmen, werden Lösungsoptionen genannt. Diese Studien werden von den Verfasserinnen kritisch gewürdigt. Bei den erweiterten Lösungsoptionen handelt es sich um Studien, welche zur Bearbeitung der Hypothese dienen, jedoch nicht allen Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen. In Tabelle 2 ist deklariert, welche Studien zu den Lösungsoptionen (LO) und welche zu den erweiterten Lösungsoptionen (ELO) gehören, sowie ob die Ein- und Ausschlusskriterien zutreffen. Die Ergebnisse der Studien werden in verschiedene thematische Kategorien gegliedert, welche in der Diskussion der Lösungsoptionen ebenfalls verwendet werden.

Tabelle 2

Übersicht Lösungsoptionen und erweiterte Lösungsoptionen

Autoren (Jahr)	Titel	LO	ELO	Wurden die Ein-und Ausschlusskriterien beachtet?
Doig, Fleming, Cornwell & Kuipers (2009)	Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury.		x	Nein, nicht Unawareness spezifisch
Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell & Fleming (2014)	Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation: mixed-methods analysis of a case series.	x		Ja
Levack, Siegert, Dean & McPherson (2009)	Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family.		x	Nein, nicht Unawareness spezifisch

Anmerkung: LO=Lösungsoptionen, ELO=erweiterte Lösungsoptionen

⁴ Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar (Anhang A) definiert.

Fortsetzung Tabelle 2

Übersicht Lösungsoptionen und erweiterte Lösungsoptionen

Autoren (Jahr)	Titel	LO	ELO	Wurden die Ein-und Ausschlusskriterien beachtet?
Lindström, Eklund, Billhult & Carlsson (2013)	Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke.	x		Ja
Playford, Siegert, Levack & Freeman (2009)	Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report.		x	Nein, nicht Unawareness spezifisch, nicht spezifisch auf erworbene Hirnschädigung
Turner, Ownsworth, Turpin, Fleming & Griffin (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework.	x		Ja

Anmerkung: LO=Lösungsoptionen, ELO=erweiterte Lösungsoptionen

4.1. Vorstellung der Lösungsoptionen

4.1.1. Lösungsoption A: Unrealistische Ziele annehmen

Studie von Lindström, Eklund, Billhult und Carlsson (2013): Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke.

Ziel: Ziel der Studie war es, die Erfahrung von Ergotherapeutinnen in der Rehabilitation von Klienten mit *CVI* und *Unawareness* zu erfassen.

Stichprobe: Die Stichprobe bestand aus 22 Ergotherapeutinnen aus fünf verschiedenen Rehabilitationszentren in Schweden. Unter den Probanden war ein Mann. Die Berufserfahrung der Ergotherapeutinnen lag zwischen zwei und 37 Jahren in der Rehabilitation von Klienten mit *CVI*.

Methode: Die Studie ist qualitativ und entspricht dem phänomenologischen Design. Manager der Rehabilitationszentren wurden von den *Autoren* angeschrieben und über die geplanten Fokus-Gruppen-Interviews informiert. Die Manager empfahlen den Autoren verschiedene Ergotherapeutinnen, welche wiederum über die Forschung aufgeklärt und zum Interview eingeladen wurden. 24 Ergotherapeutinnen wurden angefragt, wobei 22 zur Teilnahme an der Studie zustimmten. Mit den Probanden wurden dann in den jeweiligen Rehabilitationszentren Fokus-Gruppen-Interviews durchgeführt und aufgezeichnet. Die fünf Fokus-Gruppen bestanden aus je drei bis sechs Probanden. Die Dauer der Interviews lag zwischen 61 und 72 Minuten. Der erste Autor der Studie hat die Interviews transkribiert, mit der Krügers Methode analysiert und in Kategorien eingeteilt.

Ergebnisse: Gemäss den Autoren ist es wichtig, unrealistische Ziele der Klienten zu beachten, da diese Ziele die Motivation und Hoffnung der Klienten erhalten würden. Der aus der Studie entstandene Lösungsvorschlag der Autoren ist, dass die unrealistischen Ziele der Klienten als *Fernziele* gesetzt werden. Die Therapeutin soll dann aus den Fernzielen kleinere, realistischere *Nahziele* formulieren.

Kritische Würdigung durch die Verfasserinnen: Die Studie umfasste 22 Probanden, was für eine qualitative Forschung eine grosse Anzahl an Probanden

darstellt. Die Autoren gehen davon aus, dass genügend Informationen aus den Fokus-Gruppen gesammelt wurden, was bei der Anzahl an Probanden eine realistische Einschätzung ist. Die Rekrutierung der Probanden wurde nicht vollständig nachvollziehbar erläutert. Es ist nicht bekannt, anhand von welchen Kriterien die jeweiligen Ergotherapeutinnen von den Managern der Kliniken vorgeschlagen wurden. Ebenfalls wurde nicht beschrieben, wer die Interviews durchführte und welche Fragen gestellt wurden. Der Zeitraum der Datenerhebung ist nicht ersichtlich. Es fand keine Kontrolle der ausgewerteten Daten mit den Probanden der Studie statt, was ein Gütekriterium wäre. Die Studie erfasste Erfahrungen von schwedischen Ergotherapeutinnen, was einen direkten Übertrag auf Schweizer Rehabilitationskliniken nicht ermöglicht.

Studie von Playford, Siegert, Levack und Freeman (2009): Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report.

Ziel: Das Ziel der Studie war es, Herausforderungen in der praktischen Umsetzung der Zielsetzung in der neurologischen Rehabilitation aufzuzeigen. Daraus sollte ein Bedarf für einen zukünftigen Forschungsbereich generalisiert werden.

Stichprobe: An der Konferenz nahm Gesundheitspersonal (6 Ärzte, 6 Ergotherapeutinnen, 5 Physiotherapeuten, 4 Psychologen, 2 Logopäden, 1 Pflegefachfrau) aus dem Rehabilitationssetting teil. Alle hatten Erfahrung mit dem Thema Zielsetzung, da sie schon über Ziele geschrieben oder gelehrt haben. Die meisten Probanden kamen aus dem vereinigten Königreich und je ein Proband stammte aus Neuseeland, Kanada, Niederlande und Schweden.

Methode: Im vereinigten Königreich fand eine zweitägige Konferenz zum Thema Zielsetzung statt. An der Konferenz gab es Präsentationen, Seminare und offene Diskussionen. Zur Datenerhebung wurde eine angepasste Delphi Methode verwendet. Dazu wurden vor der Konferenz Probanden angeregt, via Email, ihre Meinung und ihr Wissen über Zielsetzungen sowie mögliche Forschungsfragen zu formulieren. Den Probanden wurde danach eine Liste mit den zusammengefassten Aussagen zugesendet. Diesen Aussagen sollten sie entweder zustimmen oder

widersprechen und deren Wichtigkeit bestimmen. Priorisierte Themen wurden während der Konferenz besprochen und erneut durch die Probanden reflektiert. Nach der Konferenz erstellten die *Autoren* der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Konferenz in Form dieser Studie. Die Autoren nahmen selbst auch an der Konferenz teil.

Ergebnisse: Die Probanden erwähnten, dass manche Klienten unrealistische Ziele haben. Es wurde empfohlen, dass in diesem Fall die Ziele in *Nah-* und *Fernziele* aufgeteilt werden. Dabei sollte eine Umformulierung der Ziele vermieden werden, da der Klient sich sonst nicht ernst genommen fühlt oder ihm sogar seine Hoffnung genommen wird. Eine Möglichkeit ist, Nahziele als wahrscheinlich erreichbar und Fernziele als vielleicht erreichbar zu definieren. Als konkrete Variante mit unrealistischen Zielen umzugehen, stellten die Autoren das Goal Attainment Scaling (GAS) vor. In diesem Assessment können unrealistische Ziele des Klienten in der Tabelle (siehe Abbildung 4) bei +2 festgehalten werden und gelten dadurch als sehr herausfordernde Ziele. Es wird nicht erwähnt, wer das GAS in diesem Fall vollständig ausfüllt.

-2	-1	0	+1	+2
A lot less	A bit less	Expected Outcome	A bit more	A lot more

Abbildung 4: GAS Tabelle (Playford et al., 2009, S 340)

4.1.2. Lösungsoption B: Awareness fördern bevor Ziele gesetzt werden

Studie von Turner, Ownsworth, Turpin, Fleming und Griffin (2008): Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework.

Ziel: Das erste Ziel der Studie war es, einen Bezugsrahmen zu entwickeln, in dem die Art der Ziele, welche Klienten mit *erworbener Hirnschädigung* setzen, identifiziert wird. Das zweite Ziel war, zu untersuchen, wie sich der Umfang der Ziele und die Fähigkeit, realistische Ziele zu setzen, über die Zeit der Therapie und im Vergleich zur Erholungsphase von der Hirnschädigung verändern.

Stichprobe: Die Stichprobe bestand aus 60 Probanden mit erworbenen Hirnschädigungen aus Australien. Die Probanden wurden in zwei Subgruppen aufgeteilt: eine Postakute Gruppe (Ø 1.1 Jahr seit Hirnschädigung, n=28) und eine Langzeit Gruppe (Ø 4.9 Jahr seit Hirnschädigung, n=32). Die Probanden wiesen traumatische Hirnverletzungen (n=40), CVI (n=16), Hirnschädigungen infolge von Sauerstoffmangel (n=3) und einen Hirntumor auf. Sie waren durchschnittlich 38 Jahre alt.

Methode: Die Studie ist eine Kohortenstudie mit einer Messwiederholung. Das Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) und ein klinikinternes Interview wurden zweimal mit den Probanden durchgeführt. Die *Assessments* wurden zu Beginn und nach zwölf Monaten durch Ergotherapeutinnen und Neuropsychologen erfasst. Angehörige der Probanden füllten zu den gleichen Zeitpunkten eine Checkliste aus, um die Interviewer bei der Interpretation und Einschätzung der *Awareness* zu unterstützen. Die Interviews wurden transkribiert, die Daten wurden zusammengetragen, bewertet und von einem Autor analysiert. Als erstes wurde eine induktive Analyse durchgeführt. Dazu wurden die Transkriptionen zweimal gelesen und die genannten Ziele mittels des Programms NVIVO kategorisiert. Um die Stringenz der Studie zu erhöhen, wurde die Übereinstimmung der Kategorisierung mit einem zweiten Forscher verglichen und aufgrund dessen der Entscheidungsbaum für die Kategorisierung angepasst. Die analysierten Ziele wurden sowohl zwischen den Subgruppen, als auch zwischen der ersten und zweiten Messung verglichen. Um die Daten zu analysieren wurden der χ^2 - Test und der McNemar Test verwendet.

Ergebnisse: Die Analyse der Daten beider Subgruppen zusammen, zeigt eine signifikante Verbesserung in der Fähigkeit, realistische Ziele zu setzen. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Fähigkeit der realistischen Zielsetzung über die Zeit der Therapie steigt. Beim Vergleich zwischen den Daten der Postakuten und der Langzeit Gruppe, wurden weder bei der ersten, noch bei der zweiten Messung signifikante Unterschiede bezüglich der Fähigkeit der realistischen Zielsetzung festgestellt. Die Erholungsphase scheint somit keinen direkten Zusammenhang mit der Fähigkeit der realistischen Zielsetzung zu haben. Die Autoren der Studie empfehlen deshalb, dass in der Anfangsphase der Therapie die Awareness der

Klienten gefördert werden soll. Erst wenn sich diese verbessert hat, sollen bedeutungsvolle Therapieziele mit dem Klienten gesetzt werden.

Kritische Würdigung durch die Verfasserinnen: Die Qualität der Studie ist grundsätzlich gut. Mit dem SADI wurde ein valides und reliables Assessment gewählt. Wie die Zielsetzung mittels des klinischen Interviews stattfand, wurde nicht nachvollziehbar beschrieben. Die Probanden wurden in ähnliche Gruppen aufgeteilt. Der Grossteil der Probanden (56 von 60) entsprach den Einschlusskriterien für diese Bachelorarbeit, was eine Übertragung auf das Klientel dieser Arbeit unterstützt. Beim Vergleich der Postakuten und der Langzeit Gruppe handelt es sich nicht um die gleichen Probanden. Dadurch ist eine Aussage, wie die Fähigkeit der realistischen Zielsetzung mit der Zeit und der Erholungsphase zusammenhängt, nur bedingt möglich. Die Veränderung der realistischen Zielsetzung könnte auch mit anderen Faktoren zusammenhängen, wie beispielsweise der Ergotherapie, welche die Probanden während der Durchführung der Studie erhielten. Die erhaltenen Therapien wurden in der Studie nicht genügend beschrieben, was als negativer Punkt gewertet wird. Ebenfalls wurde nicht beschrieben, wie viele Ergotherapeutinnen und Neuropsychologen als Forscher tätig waren und wer für welchen Teil der Studie zuständig war. Die Datenbearbeitung und -Erhebung ist nur ungenügend beschrieben, was eine Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse erschwert.

4.1.3. Lösungsoption C: COPM für die Zielsetzung verwenden

Studie von Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell und Fleming (2014): Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation: mixed-methods analysis of a case series.

Ziel: Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie sich die klientenzentrierte Zielsetzung bei Menschen mit *Unawareness* nach einer traumatischen Hirnverletzung auf die aktive Teilnahme, die Wichtigkeit der Ziele und die Klientenzentrierung auswirken. Ebenfalls wollten die *Autoren* herausfinden, ob sich die *Awareness* durch die Therapie verändert.

Stichprobe: An der australischen Studie nahmen acht Probanden mit mittelschwerer bis schwerer traumatischer Hirnverletzung teil. Es waren sechs Männer und zwei

Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 26 Jahren. Die Probanden wiesen alle Unawareness auf. Sie wohnten nach dem Rehabilitationsaustritt zuhause. Ebenfalls wurden die Angehörigen der Probanden (6 Elternteile, 2 Partner) in die Studie miteinbezogen.

Methode: Bei der Studie handelt es sich um ein Mixed-Method-Design, angelehnt an das Fallstudien-Design. Probanden erhielten während der Durchführung der Studie ein zwölfwöchiges ergotherapeutisches Programm, welches je zur Hälfte in einer Tagesklinik und zu Hause durchgeführt wurde. Zu Beginn wurde die Awareness der Probanden mit dem Self-Awareness of Deficits Interview (SADI) erfasst. Danach fand die klientenzentrierte Zielsetzung anhand des Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und der Goal Attainment Scaling (GAS) statt. Sowohl die Probanden als auch die Angehörigen waren an der Zielsetzung beteiligt und beide füllten anschliessend die Client-Centredness of Goal Setting Scale (C-COGS) aus. Damit wurden die Wichtigkeit der Ziele und das Ausmass der Klientenzentrierung festgehalten. Ein Forscher, der nicht am ergotherapeutischen Programm beteiligt war, führte viermal den Mayo–Portland Adaptability Index (MPAI-4) mit den Probanden und ihren Angehörigen durch. Mit dem MPAI-4 wurde der Veränderungsprozess hinsichtlich der Ziele festgehalten, sowie die Selbst- und Fremdeinschätzung zwischen den Probanden und ihren Angehörigen verglichen. Die vier Datenerhebungen fanden im Abstand von sechs Wochen statt: vor dem Start der Studie, vor dem Programm, in der Mitte und am Ende des Programms. Zusätzlich wurden nach dem zwölfwöchigen Programm semistrukturierte Interviews mit den Probanden und ihren Angehörigen durchgeführt. Dabei wurden ihre Erfahrungen und Empfindungen bezüglich dem Programm erfasst. Die erhobenen Daten wurden mit verschiedenen Instrumenten (Cohen's d , NVIVO Programm) analysiert.

Ergebnisse: Die Autoren stellten fest, dass die gesetzten Ziele mit dem COPM klientenzentriert waren, da sie sehr wichtig und *bedeutungsvoll* für die Probanden waren. Auch die Angehörigen erkannten die Ziele als bedeutungsvoll an. Ein Proband konnte bei der Durchführung des COPM keine eigenen Ziele nennen, da er keinerlei Einschränkungen erkannte. In seinem Fall setzten seine Mutter und die betreuende Ergotherapeutin anhand der von ihnen wahrgenommenen Einschränkungen Ziele. Der Proband gab sein Einverständnis dazu. Alle anderen

Probanden konnten mit unterschiedlicher Unterstützung durch die Angehörigen und die Therapeutin eigene Ziele definieren. Die Ergotherapeutinnen unterstützten die Probanden, indem sie beispielsweise detaillierte Fragen bezüglich deren Ziele stellten. Dadurch konnten Ziele in *Fernziele* und in kleinere *Nahziele* aufgeteilt werden, welche von den Probanden akzeptiert wurden. Die Angehörigen konnten bei der Zielsetzung zusätzliche Informationen über das Ausmass oder die Art der Probleme geben.

Aus den Ergebnissen schliessen die Autoren, dass das COPM bei Klienten mit Unawareness mit der Unterstützung von Angehörigen und der Therapeutin eingesetzt werden kann.

Kritische Würdigung durch die Verfasserinnen: In der Studie wurde nicht erwähnt, wie viel Zeit seit der traumatischen Hirnverletzung vergangen ist, das heisst die Erholungsphase der Probanden ist nicht bekannt. Auch die vergangene Zeit seit dem Rehabilitationsaustritt wurde nicht angegeben. Die Eigenschaften der Probanden wurden daher nicht genügend umfassend beschrieben. Die Veränderung der Awareness wurde nicht mit einem validen Assessment gemessen, sondern durch den Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung des MPAI-4. Es ist somit nicht klar nachvollziehbar, ob die gemessenen Daten verlässlich sind, was die Güte der Studie schwächt. Da die Studie eine eher kleine Stichprobe analysiert hat, können die Ergebnisse nicht auf alle Klienten mit Unawareness generalisiert werden. Es fehlt eine konkrete Beschreibung, wie die Ergotherapeutin die Zielsetzung mit den Probanden und den Angehörigen gestaltet hat.

4.1.4. Lösungsoption D: Angehörige in die Zielsetzung miteinbeziehen

Studie von Levack, Siegert, Dean und McPherson (2009): Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family.

Ziel: Die *Autoren* wollten herausfinden, wie Angehörige von Klienten mit *erworbener Hirnschädigung* in den *Zielsetzungsprozess* der Rehabilitation miteinbezogen werden können.

Stichprobe: An der Studie nahmen drei Ergotherapeutinnen, zwei Logopäden, zwei Pflegefachfrauen, ein Physiotherapeut und ein Psychologe teil. Das befragte

Gesundheitspersonal war weiblich und kam aus drei verschiedenen Rehabilitationszentren aus Neuseeland. Die Probanden hatten zwischen ein und 15 Jahren Erfahrung in der Rehabilitation von Klienten mit erworbenen Hirnschädigungen.

Methode: Der erste Autor der Studie führte qualitative semistrukturierte Einzelinterviews mit den Probanden durch. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 90 Minuten und wurden an den von Probanden vorgeschlagenen Plätzen durchgeführt. Die Kategorisierung der Interviewaussagen wurde sowohl vom ersten als auch vom dritten Autor unabhängig voneinander durchgeführt. Zur Datensammlung und -analyse wurden Methoden der grounded theory verwendet sowie das Programm NVIVO.

Ergebnisse: Angehörige in die Zielsetzung miteinzubeziehen wurde als wichtig angesehen, da sie Teil des Teams sind und gesetzte Ziele auch die Angehörigen betreffen. Das Einbeziehen der Angehörigen ermöglicht es, Angehörige über Rehabilitationsprozesse und Therapien zu schulen, wodurch sie die Klienten besser unterstützen und ermutigen können. Die Probanden erkannten aber auch, dass der Einbezug der Angehörigen in die Zielsetzung hinderlich sein kann. Angehörige können Rehabilitationsziele nicht immer nachvollziehen oder sehen andere Ziele für den Klienten, als das Gesundheitspersonal oder der Klient selbst. Dies kann eine Barriere für die therapeutische Beziehung zwischen Klient und Therapeutin darstellen und das Setzen von relevanten Zielen erschweren. Wichtig dabei ist, dass sich der Klient nicht zwischen den Zielen der Angehörigen und des Gesundheitspersonals entscheiden muss. Wenn Angehörige hohe Ziele haben, empfehlen die Autoren, diese Ziele als *Fernziele* zu setzen und Ziele des Gesundheitspersonals als *Nahziele* anzusehen.

Studie von Doig, Fleming, Cornwell und Kuipers (2009): Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury.

Ziel: Die *Autoren* untersuchten, welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten klientenzentrierte und zielorientierte Ergotherapie im *community-based setting* für Klienten mit traumatischer Hirnverletzung, deren Angehörigen und Ergotherapeutinnen bieten.

Stichprobe: Probanden der Studie waren zwölf Klienten mit traumatischer Hirnverletzung, deren Angehörige (Eltern) und drei Ergotherapeutinnen aus Australien. Die Klienten waren zwischen 18 und 43 Jahre alt und wiesen teilweise (Anzahl nicht bekannt) *Unawareness* auf. Die Klienten besuchten während der Durchführung der Studie eine Tagesklinik.

Methode: Die Klienten erhielten zusätzlich zu ihrem Programm in der Tagesklinik ein zwölfwöchiges, zielorientiertes Ergotherapie Programm welches sechs Mal in der Klinik und sechs Mal bei ihnen zuhause stattfand. Zur Zielerfassung wurde das Canadian Occupational Performance Measure (*COPM*) und das Goal Attainment Scaling (*GAS*) verwendet. Ziele wurden mit der ersten Autorin definiert. Wenn Klienten keine Ziele nennen konnten, wurden die Angehörigen miteinbezogen. Am Schluss des zwölfwöchigen Programms führte die erste Autorin semistrukturierte Interviews mit allen Probanden durch. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und analysiert. Genannte Themen wurden in verschiedene Kategorien aufgeteilt, um die Meinungen der drei Probandengruppen (Klient, Angehörige und Ergotherapeutinnen) ersichtlich zu machen.

Ergebnisse: Die Auswertung der Interviews ergab, dass Angehörige nicht immer die gleichen Ziele wie die Klienten hatten, sie aber trotzdem in den Zielsetzungsprozess miteinbezogen werden sollten. Die Autoren sind der Meinung, dass die Zielsetzung bei Klienten mit *Unawareness* nicht unmöglich ist, sie jedoch mehr Unterstützung von Therapeutinnen und Angehörigen sowie mehr Zeit benötigt.

4.2. Diskussion der Lösungsoptionen

Im Folgenden werden Vor- und Nachteile der kategorisierten *Lösungsoptionen*, beziehungsweise erweiterten Lösungsoptionen, diskutiert. Wenn daraus Konflikte resultieren, werden diese ebenfalls dargestellt. Danach schlagen die *Verfasserinnen* jeweils Möglichkeiten für die Umsetzung der vorgestellten Lösungsoption vor.

4.2.1. Diskussion A: Unrealistische Ziele annehmen

Lindström et al. (2013) sowie Playford et al. (2009) schlagen vor, dass unrealistische Ziele des *Klienten* als *Fernziele* gesetzt werden. Aus diesen Fernzielen sollen dann *Nahziele* formuliert werden. Mit dieser Lösungsoption kann der Klient die Behandlung mitbestimmen, seine Ziele werden ernst genommen, seine *Autonomie* wird respektiert (EVS, 2011) und der *klientenzentrierte* Ansatz wird eingehalten. Durch das Annehmen und Verfolgen seiner Ziele kann die Hoffnung und Motivation des Klienten erhalten werden (Lindström et al., 2013; Playford et al., 2009). Dabei ist zu beachten, dass die Nahziele nicht lediglich von der Ergotherapeutin bestimmt werden sollen, was in der Studie von Lindström et al. (2013) der Fall war. Gemäss Fisher (2014) soll die Therapeutin den Klienten lediglich bei der Zielsetzung unterstützen und darf nicht Ziele für ihn setzen. Wressle und Samuelsson (2004) widersprechen dem Vorgehen, dass unrealistische Ziele des Klienten verfolgt werden sollen. Sie sind der Meinung, dass dadurch unrealistische Erwartungen verfolgt werden, was nicht dem klientenzentrierten Ansatz entspreche. Stattdessen schlagen die *Autoren* vor, dass die unrealistischen Erwartungen mit dem Klienten diskutiert und danach realistische Ziele formuliert werden. Es ist zu beachten, dass die Aussagen von Wressle und Samuelsson (2004) sowie von Playford et al. (2009) nicht spezifisch auf Klienten mit Unawareness bezogen sind.

Für die Verfasserinnen wird folgendes Vorgehen als optimale Lösung angesehen: Die Ergotherapeutin nimmt das unrealistische Ziel des Klienten an und setzt es als Fernziel. Danach versucht sie gemeinsam mit dem Klienten realistischere Nahziele aus dem Fernziel zu definieren. Als Alternative sehen die Verfasserinnen, dass unrealistische Ziele im GAS bei +2 als sehr herausfordernde Ziele eingetragen werden und wenn möglich mit dem Klienten die gesamte Skala ausgefüllt wird.

4.2.2. Diskussion B: Awareness fördern bevor Ziele gesetzt werden

Turner, Ownsworth, Turpin, Fleming und Griffin (2008) empfehlen in der Therapie von Klienten mit Unawareness, dass zuerst die *Awareness* gefördert werden soll, bevor klientenzentrierte Ziele gesetzt werden. Bei diesem Vorgehen darf die Ergotherapeutin nicht vergessen, dass sie ihr eigenes Ziel verfolgt und nicht zwingend das des Klienten (Lindström et al., 2013). Dies steht im Widerspruch zum Berufskodex, wonach die Ergotherapeutin mit dem Klienten realistische Ziele formulieren soll und gemeinsam die Durchführung der Behandlung geplant wird (EVS, 2011). Gemäss Fisher (2014) soll die realistische und klientenzentrierte Zielsetzung vor dem Beginn der ergotherapeutischen *Intervention* durchgeführt werden. Laut Conneeley (2004) ist jedoch das Wissen und Verständnis über die eigenen Einschränkungen eine Voraussetzung für das Setzen von realistischen Zielen. Auch Tham, Ginsburg, Fisher und Tegnér (2001) haben herausgefunden, dass die Awareness zuerst gefördert werden muss, damit Klienten erfolgreich neue Fähigkeiten lernen können. Das Fördern der Awareness ist somit ein wichtiges Ziel, da mit besserer Awareness die eigenen Fähigkeiten gesteigert werden können (Fleming & Ownsworth, 2006). Durch die geförderte Awareness verbessert sich auch die Fähigkeit realistische Ziele zu setzen (Turner et al., 2008). Mit dieser Lösungsoption wird primär die Awareness und sekundär die realistische, klientenzentrierte Zielsetzung angestrebt. Das Prinzip der *Fürsorge* wird demnach zuerst angewandt. Mit der verbesserten Awareness kann der Klient dann realistischere Ziele nennen und das Prinzip der *Autonomie* in den Vordergrund treten.

Die Verfasserinnen sehen verschiedene Möglichkeiten, wie die Awareness gefördert werden kann und nennen im Folgenden einige Beispiele:

- Werden die Umwelt, die gewählte Aktivität und die therapeutische Haltung an die Fähigkeiten des Klienten angepasst, kann die Awareness in einer passenden Herausforderung gefördert werden (Lindström et al., 2013).
- Schmidt, Fleming, Ownsworth und Lannin (2012) fanden heraus, dass die effizienteste Feedback-Möglichkeit, um die Awareness bei Klienten mit traumatischer Hirnverletzung zu steigern, eine Kombination von verbalem - und Videofeedback ist.
- Besharati et al. (2014) untersuchten die Auswirkung von positivem und negativem Feedback auf die Awareness von Klienten mit CVI. Nach positivem

Feedback verschlechterte sich die Awareness der Klienten. Als Folge von negativem Feedback konnte eine signifikante Verbesserung der Awareness bezüglich der eigenen Fähigkeiten festgestellt werden. Diese Verbesserung der Awareness war jedoch nur vorübergehend und nicht langfristig.

Die Verfasserinnen sehen hier die Möglichkeit, durch negatives Feedback die Awareness kurz vor der Zielsetzung zu steigern. Wenn der Klient für eine gewisse Zeit seine Einschränkungen wahrnimmt, ist er eventuell fähig, realistische Ziele zu setzen. Dadurch kann eine klientenzentrierte Zielsetzung durchgeführt werden.

Weiter können sich die Verfasserinnen vorstellen, das negative verbale Feedback mit Videofeedback zu kombinieren, um noch einen stärkeren Einfluss auf die Awareness zu haben. Den Verfasserinnen ist bewusst, dass bei diesem Vorgehen zwar die Zielsetzung klientenzentriert ist, der Klient jedoch im Nachhinein die Ziele möglicherweise nicht mehr nachvollziehen kann.

Die Verfasserinnen kommen zu folgendem Fazit: Für die Förderung der Awareness von Klienten nach *erworbener Hirnschädigung* gibt es nicht nur ein bestimmtes Vorgehen. Die obengenannten Möglichkeiten sind nicht abschliessend und je nach Klient erscheinen verschiedene Methoden sinnvoll, um die Awareness zu fördern.

4.2.3. Diskussion C: COPM für die Zielsetzung verwenden

Laut Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell und Fleming (2014) ist das Canadian Occupational Performance Measure (*COPM*) ein geeignetes Instrument, um klientenzentrierte Ziele mit *Klienten* mit *Unawareness* zu setzen. Dabei sollen Angehörige einbezogen werden, damit diese gemeinsam mit der Ergotherapeutin den Klienten bei der Zielsetzung unterstützen können.

Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson und Henriksson (2002) gehen davon aus, dass ein offenes Gespräch oft nicht genügt, um Ziele und Prioritäten für die Therapie des Klienten zu erfassen. Die *Autoren* schlagen das COPM zur Verwendung in der allgemeinen Rehabilitation vor, da es die Teilnahme am Zielsetzungsprozess verbessert. Laut Hartigan (2012) gibt es verschiedene Methoden, die in der Zielsetzung angewandt werden, jedoch richtet sich bisher keine spezifisch an Klienten nach erworbener Hirnschädigung. Mit der Studie von (Doig et al., 2014) wurde diese Aussage widerlegt und mit dem COPM eine spezifische Zielsetzungsmethode vorgeschlagen. Sechs der acht Klienten erreichten innerhalb von zwölf Wochen ihre Ziele oder übertrafen sie. In wie weit die gemeinsam

gesetzten Ziele realistisch waren, wie dies vom Berufskodex erwartet wird (EVS, 2011), wurde in der Studie von (Doig et al., 2014) jedoch nicht beschrieben. Das COPM basiert auf dem Konzept der Klientenzentrierung und befragt die *Performanz* und die Zufriedenheit der Ausführung (Law et al. 2005, zit. nach Stuber & Nelson, 2010). Bei Klienten mit Unawareness kann es sein, dass die Evaluation des COPM keine Verbesserungen bezüglich der gesetzten Ziele zeigt. Dies liegt daran, dass Klienten mit Unawareness ihre Performanz und Zufriedenheit bei einer anfänglichen Erfassung subjektiv hoch einschätzen. Mit der Verbesserung der *Awareness* nehmen sie ihre Einschränkungen besser wahr und bewerten sich dadurch bei einer späteren Evaluation mit dem COPM schlechter. Will man in der Ergotherapie positive Veränderungen dokumentieren, empfiehlt es sich deshalb ein zusätzliches Messinstrument zur Evaluation der Performanz zu verwenden (Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell, 2010). Als Ergänzung des *COPM* bietet sich das Goal Attainment Scaling (*GAS*) an, in dem die Performanz einer Aktivität objektiv beschrieben wird. Mit dieser Kombination kann die Zielerreichung und Behandlung von Klienten mit traumatischer Hirnverletzung subjektiv und objektiv evaluiert werden (Doig et al., 2010). Bei der Anwendung des COPM wird die *Autonomie* des Klienten gewährt, wie dies vom Berufskodex vorgesehen ist (EVS, 2011). Ebenfalls gilt das COPM als valide und reliabel (Carswell et al., 2004).

4.2.4. Diskussion D: Angehörige in die Zielsetzung miteinbeziehen

Das Einbeziehen der Angehörigen in die Zielsetzung wird sowohl von Levack, Siegert, Dean und McPherson (2009) als auch von Doig et al. (2009) als wichtig erachtet, weil die Klienten dadurch unterstützt werden. Gemäss den Autoren ist jedoch zu beachten, dass die Angehörigen nicht immer die gleichen Ziele verfolgen wie die Klienten selbst.

Levack, Dean, Siegert und McPherson (2011) sind der Meinung, dass alles, was ein Klient oder seine Familie bei der Zielsetzung sagt, von der Therapeutin offen angenommen und diskutiert werden sollte. Die Aussagen sollten zumindest als ein mögliches Ziel in Erwägung gezogen werden. Durch die Beteiligung der Klienten und seinen Angehörigen am *Zielsetzungsprozess* wird die Motivation erhöht (Leach et al., 2010). Wenn Angehörige in den Rehabilitationsprozess miteinbezogen werden, können sie besser geschult werden und damit die Klienten besser unterstützen (Levack et al., 2009). Gemäss Leach et al. (2010) sollen Klienten und Angehörige

über die *erworbene Hirnschädigung*, realistische Erwartungen sowie die Zielsetzung aufgeklärt werden, damit gemeinsam realistische Ziele gesetzt werden können. Während der Zielsetzung können die Angehörigen zusätzlich Auskunft über Anforderungen an den Klienten und Fähigkeiten des Klienten vor der erworbenen Hirnschädigung geben (Leach et al., 2010). In der Schweiz liegen die Rehabilitationskliniken nicht immer zentral und sind für manche Angehörige schwer erreichbar. Die *Verfasserinnen* dieser Arbeit sehen dies als Herausforderung, da es den Einbezug der Angehörigen erschweren kann, wenn sie beispielsweise einen langen Weg auf sich nehmen müssen, um an einem gemeinsamen Gespräch teilzunehmen. Als Alternative könnten die Angehörigen durch ein Telefongespräch in die Zielsetzung miteinbezogen werden. Eine weitere Barriere dieser erweiterten Lösungsoption sehen die Verfasserinnen darin, dass nicht alle Klienten gute Familienverhältnisse haben, beziehungsweise gar keine Angehörigen mehr haben. Als Möglichkeit für die Umsetzung der Lösungsoption schlagen die Verfasserinnen vor, dass beim Erstgespräch oder bei der Zielsetzung die Angehörigen einbezogen werden, soweit dies möglich ist. Dabei sollte die Ergotherapeutin auf Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Klient und seinen Angehörigen achten und darauf eingehen. Durch die verbesserte Motivation und durch die Unterstützung der Angehörigen können schlussendlich alle an der Therapie beteiligten Personen profitieren.

5. Auswahl der Vorgangsweise

Die genannten *Lösungsoptionen*⁵ umfassen das Annehmen von unrealistischen Zielen, das Verwenden des *COPM* für die Zielsetzung, das Einbeziehen von Angehörigen sowie das Fördern der *Awareness* bevor relevante Ziele gesetzt werden. Durch die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Lösungsoptionen wurde den *Verfasserinnen* klar, dass diese nicht alle gleichzeitig angewendet werden können. Bei der Auswahl einer Vorgangsweise muss sich die Ergotherapeutin entscheiden, welchen ethischen Prinzipien und professionellen Werten sie mehr Wichtigkeit zuspricht. Anhand der Vor- und Nachteile der verschiedenen Lösungsoptionen und der gefundenen Literatur, konnten die *Verfasserinnen* diese Auswahl nicht treffen und auch keine einzelne Lösungsoption priorisieren. Weiter stellte sich nicht eindeutig heraus, welche Vorgangsweise mehr, beziehungsweise welche weniger *klientenzentriert* ist. Auch bleibt unklar, welches Vorgehen besser als Erstes gewählt und welches erst zu einem späteren Zeitpunkt angewendet werden sollte.

Trotz diesen vielen Unklarheiten haben sich die *Verfasserinnen* entschieden, eine persönliche Vorgangsweise auszuwählen. Ihnen erscheint eine Kombination der verschiedenen Lösungsoptionen am sinnvollsten. Die *Verfasserinnen* entschieden sich, zuerst das Prinzip der *Fürsorge* zu beachten und erst sekundär das Prinzip der *Autonomie* zu verfolgen. Es ist zu beachten, dass diese Vorgangsweise nicht abschliessend als richtig angesehen werden sollte, sondern nur als Vorschlag dient. Die *Verfasserinnen* haben die folgende Vorgehensweise ausgewählt:

Bei *Klienten* mit *Unawareness* schätzen die *Verfasserinnen* eine Zielsetzung vor dem Beginn der ergotherapeutischen *Intervention* als unrealistisch ein. Es ist zu erwarten, dass der Klient eine Aufklärung über seine aktuelle Situation nicht annehmen und seine Einschränkungen nicht anerkennen würde. Das Wissen über die eigene Situation und Ressourcen ist jedoch die Grundlage für Entscheidungen, damit der Klient Ziele für die Ergotherapie setzen kann. Deshalb erscheint das Fördern der *Awareness* als erster Schritt sinnvoll. Bereits zu diesem Zeitpunkt sollte darauf geachtet werden, dass *bedeutungsvolle* Aktivitäten gewählt werden, um die *Awareness* zu fördern. Dies ist wichtig um die Motivation des Klienten für die Therapie zu erhalten. Im Gespräch würden die *Verfasserinnen* versuchen herauszufinden, welche Aktivitäten für den Klienten wichtig sind, sowie sein Umfeld

⁵ Begriffe, welche im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar (Anhang A) definiert.

kennen zu lernen. Für das Gespräch könnten beispielsweise Fragen zu den Betätigungsbereichen des COPM gestellt werden. In diesem Schritt könnten auch bereits die Angehörigen zur Unterstützung einbezogen werden. Während der Förderung der Awareness, kann die Ergotherapeutin eine erste objektive Einschätzung der Fähigkeiten des Klienten machen.

Mit besser werdender Awareness kann dem Klienten immer mehr Autonomie in der Zielsetzung gewährt werden. Sobald die Ergotherapeutin dem Klienten eine Zielsetzung zumutet, sollte sie versuchen gemeinsam mit dem Klienten klientenzentrierte Ziele zu definieren. In der Literatur wurde nie ein konkreter Zeitpunkt genannt, ab wann Klienten tatsächlich in der Lage sind, realistische Ziele zu setzen. Die Verfasserinnen sehen die Zielsetzung deshalb als Prozess. Dabei werden erste Ziele gesetzt, die später nach Bedarf wieder angepasst oder neu definiert werden. Die Verfasserinnen empfehlen, die Zielsetzung nach einer Aktivität durchzuführen, in welcher der Klient Probleme erkennt. Die Ergotherapeutin sollte ihm in diesem Fall ein negatives Feedback zu seiner Durchführung der Aktivität geben. Dies kann die realistische Zielsetzung des Klienten unterstützen, weil dadurch die Awareness vorübergehend verbessert wird. Der Klient hat in diesem Moment das Wissen über eigene Ressourcen und Einschränkungen. Als gute Möglichkeit sehen die Verfasserinnen auch den Einbezug der Angehörigen in die Zielsetzung. Als Grundlage sollte dabei eine gemeinsame Definition der aktuellen Situation zwischen allen Beteiligten bestehen. Diese kann durch die Aufklärung der Angehörigen und des Klienten über die Zielsetzung sowie über die Hirnschädigung gesichert werden. Als Grundlage für die Zielsetzung empfehlen die Verfasserinnen, das *COPM* anzuwenden, da es ein klientenzentriertes *Assessment* ist. Die Angehörigen können dabei den Klienten je nach Bedarf unterstützen. Wenn ein Klient und/oder seine Angehörigen trotzdem unrealistische Ziele nennen, sollen diese angenommen und am besten als *Fernziele* gesetzt werden. Die Verfasserinnen befürworten auch die Möglichkeit, dass die unrealistischen Ziele im *GAS* bei +2 eingetragen werden. In beiden Fällen ist es wichtig, dass aus den unrealistischen Zielen *Nahziele*, beziehungsweise realistischere Ziele formuliert werden, welche ebenfalls dokumentiert werden. Diese Ziele sollten, soweit dies möglich ist, ebenfalls mit dem Klienten ausgehandelt werden, damit die Klientenzentrierung gewährleistet wird.

6. Hypothesen- und Zielüberprüfung

Die Hypothese der Arbeit war, dass die *klientenzentrierte* Zielsetzung bei erwachsenen Menschen mit Unawareness nach *erworbener Hirnschädigung* in der Ergotherapie eine grosse Herausforderung darstellt, da es zu einem *berufsethischen Konflikt* führt.

Die Hypothese der Arbeit konnte aufgrund des theoretischen Hintergrunds bestätigt werden. Es wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass Ergotherapeutinnen in einen berufsethischen Konflikt geraten, wenn sie mit Menschen mit Unawareness nach erworbener Hirnschädigung klientenzentrierte Ziele setzen möchten. Als Herausforderungen wurden unrealistische Ziele des *Klienten* und unterschiedliche Ziele der Ergotherapeutin und des Klienten genannt.

Das Ziel der Arbeit war es, Lösungsoptionen aufzuzeigen, wie in der Praxis dieser berufsethische Konflikt beim Setzen von klientenzentrierten, ergotherapeutischen Zielen, bei erwachsenen Menschen mit Unawareness nach *CVI* oder *traumatischer Hirnverletzung*, vermindert werden kann.

Das Ziel konnte teilweise erreicht werden. Es konnten Lösungsoptionen aufgezeigt werden, welche das Setzen von klientenzentrierten Zielen bei Klienten mit Unawareness nach erworbener Hirnschädigung erleichtern können. Jedoch bleibt offen, welche der vorgeschlagenen Lösungsoptionen sich am besten dafür eignet. Um eine Vorgangsweise zu priorisieren, ist noch mehr Forschung nötig. Ebenfalls ist unklar, ob durch die vorgeschlagenen Lösungsoptionen der genannte berufsethische Konflikt vermindert werden kann und/oder ob dadurch neue Konflikte entstehen.

7. Schlussfolgerung

In der Literatur gibt es keine einheitlichen Vorgaben, wie die klientenzentrierte Zielsetzung bei Menschen mit *Unawareness* umgesetzt werden kann. Zwar werden in Studien verschiedene *Lösungsoptionen* dafür beschrieben, jedoch wird nicht ersichtlich, wann welche eingesetzt werden sollen. Ebenfalls kann kein Fazit daraus gezogen werden, welche Lösungsoption dem klientenzentrierten Ansatz am meisten entspricht. Der berufsethische Konflikt konnte somit nicht vollständig gelöst werden, da keine eindeutige Auswahl der Vorgangsweise abgeleitet werden konnte. Die *Verfasserinnen* ziehen daraus den Schluss, dass die Ergotherapeutin bei jedem Klienten individuell die genannten ethischen Prinzipien gegenseitig abwägen sollte, um so die beste Vorgangsweise für die aktuelle Situation auszuwählen. Diese Wahl sollte unter Berücksichtigung des Klienten, seiner *Unawareness*, seinen Angehörigen sowie anderen, spezifisch relevanten Aspekten getroffen werden.

Als offen gebliebene Frage sehen die Verfasserinnen, welches ethische Prinzip bei Klienten mit *Unawareness* priorisiert werden sollte. Ist es bei diesen Klienten wichtiger, zu Beginn fürsorglich zu handeln, wodurch die Ergotherapeutin über die Ziele des Klienten bestimmt? Oder sollte die *Autonomie* dieser Klienten immer vollständig gewährt werden, mit der Folge, dass die Klienten unrealistische, nicht erreichbare Ziele setzen? Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass es weitere Forschung braucht, um diese Fragen beantworten zu können.

Als weiteren Forschungsbedarf sehen die Verfasserinnen das Gegenüberstellen der verschiedenen Lösungsoptionen. Dazu sollten in Studien die vorgeschlagenen Lösungsoptionen mit Menschen mit *Unawareness* nach *erworbener Hirnschädigung* angewendet und miteinander verglichen werden. Die gewonnenen Ergebnisse dieser Forschung könnten eine Gewichtung der einzelnen Lösungsoptionen ermöglichen.

8. Limitationen

Da der Themenbereich der vorliegenden Bachelorarbeit sehr gross ist, konnte nur ein begrenzter Teil aller vorhandenen Hintergrundinformationen erläutert werden. Die Arbeit könnte noch mit mehr Interventionen für die Förderung der *Awareness* oder mit mehr Instrumenten zur Zielsetzung ergänzt werden.

Als eine Limitation der Arbeit sehen die Verfasserinnen, dass keine klare Unterscheidung von Unawareness und reduzierter Awareness vorgenommen wurde. Hätte man die Lösungsoptionen noch auf die verschiedenen Stufen der Awareness unterteilt, wären differenziertere Lösungen ersichtlich geworden. Dies war jedoch schwierig umzusetzen, da die Studien diese Unterscheidung zwischen den Stufen der Awareness nicht immer explizit beschrieben.

Da mehr Ergebnisse aus Studien für die Lösungsoptionen gefunden wurden als erwartet, stellt diese Bachelorarbeit keine typische themengeleitete Arbeit dar. Informationen aus dem theoretischen Hintergrund wurden zur Diskussion der Lösungsoptionen hinzugezogen, jedoch wurden aus dem theoretischen Hintergrund keine eigenen Lösungsoptionen entwickelt. Um die Arbeit typischer themengeleitet zu gestalten, hätten noch mehr Bücher von Originalautoren verwendet werden können.

Literaturverzeichnis

- Abreu, B. C., Seale, G., Scheibel, R. S., Huddleston, N., Zhang, L. & Ottenbacher, K. J. (2001). Levels of self-awareness after acute brain injury: how patients' and rehabilitation specialists' perceptions compare. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 49-56.
- Armstrong, J. (2008). The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 55, 20-25.
- Arn, C. & Weidmann-Hügler, T. (2009). *Ethikwissen für Fachpersonen*. Basel: Schwabe.
- August-Feicht, H., Benke, I., Feiler, M., Güntert, G., Schaubeder, A. & Zwerger, H. (2013). Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.at/files/ethikleitbild_2.auflage_2013.pdf am 01.07.2014
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Besharati, S., Forkel, S. J., Kopelman, M., Solms, M., Jenkinson, P. M. & Fotopoulou, A. (2014). The affective modulation of motor awareness in anosognosia for hemiplegia: behavioural and lesion evidence. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 61, 127-140.
- Beyermann, G. (2006). Professionalisierung und Klientenzentrierung-zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *Ergoscience*, 1, 92-99.
- Blackmer, J. (2000). Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32, 51-55.
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H. & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 210-222.
- Conneeley, A. L. (2004). Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 248-255.
- Daniëls, R., Winding, K. & Borell, L. (2002). Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 167-175.

- Dirette, D. (2010). Self-awareness Enhancement through Learning and Function (SELF): a theoretically based guideline for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 309-318.
- Doig, E., Fleming, J., Cornwell, P. L. & Kuipers, P. (2009). Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 63, 559-568.
- Doig, E., Fleming, J. & Kuipers, P. (2008). Achieving optimal functional outcomes in community-based rehabilitation following acquired brain injury: a qualitative investigation of therapists' perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 360-370.
- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P. & Cornwell, P. L. (2010). Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 64, 904-914.
- Doig, E., Kuipers, P., Prescott, S., Cornwell, P. & Fleming, J. (2014). Development of self-awareness after severe traumatic brain injury through participation in occupation-based rehabilitation: mixed-methods analysis of a case series. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 68, 578-588.
- ErgotherapeutInnen-Verband-Schweiz (2011). Berufskodex (3. Ausg.).
Heruntergeladen von
http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ethik/Berufskodex_DE.pdf am
03.07.2014
- ErgotherapeutInnen-Verband-Schweiz (2012). Erstkontaktformular für Anfrage oder Beschwerde an den Ethik- und Beschwerderat (EBR). Heruntergeladen von
<http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?NAV=35&ID=5&js=1> am 19.03.2015
- Falardeau, M. & Durand, M. J. (2002). Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 135-142.
- Fischer, S., Gauggel, S. & Trexler, L. E. (2004). Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries. *Brain Injury*, 18, 547-562.

- Fisher, A. G. (2014). *Occupational therapy intervention process model*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fleming, J. & Ownsworth, T. (2006). A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16, 474-500.
- Fleming, J. M., Strong, J. & Ashton, R. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: how best to measure? *Brain injury*, 10, 1-15.
- Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Stending-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (3. Aufl., S. 200-204). Stuttgart: Thieme.
- FRAGILE Suisse (n.d.). Schädel-Hirn-Trauma. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/hirnverletzung/ursachen/schaedel-hirn-trauma> am 10.04.2015
- Fries, W. (2012). Wahrnehmungsstörungen - eine Übersicht. *neuoreha*, 4, 119-126.
- Gialanella, B., Monguzzi, V., Santoro, R. & Rocchi, S. (2005). Functional recovery after hemiplegia in patients with neglect: the rehabilitative role of anosognosia. *Stroke; Journal of the American Heart Association*, 36, 2687-2690.
- Hack, B. M. (2004a). Annäherung an das Verhältnis von Ergotherapie und Ethik. In B. M. Hack (Hrsg.), *Ethik in der Ergotherapie* (S. 2-15). Berlin: Springer.
- Hack, B. M. (2004b). Anspruch, Grundbegriffe und Systematik der Ethik. In B. M. Hack (Hrsg.), *Ethik in der Ergotherapie* (S. 18-35). Berlin: Springer.
- Hammell, K. W. (2013). Client-centred occupational therapy in Canada: refocusing on core values. *Canadian journal of occupational therapy*, 80, 141-149.
- Hartigan, I. (2012). Goal setting in stroke rehabilitation: part 1. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 8, 65-69.
- Katz, N., Fleming, J., Keren, N., Lightbody, S. & Hartman-Maeir, A. (2002). Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention. *Canadian journal of occupational therapy*, 69, 281-292.
- Kerkhoff, G. (2003). "Das ist doch nicht mein Arm!" Störungen der Krankheitswahrnehmung bei neurologischen Erkrankungen. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 42, 5-16.
- Kirschner, K. L., Stocking, C., Wagner, L. B., Foye, S. J. & Siegler, M. (2001). Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 82, 2-8.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/course/view.php?id=10237#section-4> am 15.03.2015
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J. & Haines, T. (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and rehabilitation*, 32, 159-172.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0) Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/course/view.php?id=10237#section-4> am 15.03.2015
- Levack, W. M., Dean, S. G., McPherson, K. M. & Siegert, R. J. (2006). How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury-variable interpretations of value and purpose. *Brain injury*, 20, 1439-1449.
- Levack, W. M., Dean, S. G., Siegert, R. J. & McPherson, K. M. (2011). Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient education and counseling*, 85, 206-213.
- Levack, W. M., Siegert, R. J., Dean, S. G. & McPherson, K. M. (2009). Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family. *Brain injury*, 23, 192-202.
- Lindström, A. C., Eklund, K., Billhult, A. & Carlsson, G. (2013). Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20, 264-271.
- Lucas, S. E. & Fleming, J. M. (2005). Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 160-170.
- MacDonald, G., A., Kayes, N., M. & Bright, F. (2013). Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 41, 112-121.
- Maitra, K. K. & Erway, F. (2006). Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 298-310.
- McClain, C. (2005). Ethics in practice. Collaborative rehabilitation goal setting. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 12, 56-60.

- Orfei, M. D., Robinson, R. G., Prigatano, G. P., Starkstein, S., Rüsç, N., Bria, P., Caltagirone, C. & Spalletta, G. (2007). Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature. *Brain: A Journal of Neurology*, 130, 3075-3090.
- Palmadottir, G. (2003). Client perspectives on occupational therapy in rehabilitation services. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 157-166.
- Penny, N., H. & You, D. (2011). Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions. *Occupational Therapy in Health Care*, 25, 150-163.
- Peoples, H., Satink, T. & Steultjens, E. (2011). Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 163-171.
- Playford, E. D., Siegert, R., Levack, W. & Freeman, J. (2009). Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical rehabilitation*, 23, 334-344.
- Prigatano, G. P. (2014). Anosognosia and patterns of impaired self-awareness observed in clinical practice. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 61, 81-92.
- Prigatano, G. P. (2004). *Neuropsychologische Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Rudolf, B. (2004). Geschichte und Charaktere des "Ergotherapeutischen Berufskodex". In B. M. Hack (Hrsg.), *Ethik in der Ergotherapie* (S. 38-55). Berlin: Springer.
- Schmidt, J., Fleming, J., Ownsworth, T. & Lannin, N. (2012). Video Feedback on Functional Task Performance Improves Self-awareness After Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27, 316-324.
- Sim, J. (1998). Respect for autonomy: issues in neurological rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 12, 3-10.
- Stuber, C. J. & Nelson, D. L. (2010). Convergent validity of three occupational self-assessments. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28, 13-21.
- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian journal of occupational therapy*, 73, 153-162.
- Sumsion, T. & Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian journal of occupational therapy*, 67, 15-21.

- Sumsion, T. (2000). A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 304-309.
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie - Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Tham, K., Ginsburg, E., Fisher, A. G. & Tegnér, R. (2001). Training to improve awareness of disabilities in clients with unilateral neglect. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 46-54.
- Toglia, J. & Kirk, U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15, 57-70.
- Turner, B. J., Ownsworth, T. L., Turpin, M., Fleming, J. M. & Griffin, J. (2008). Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: a classification framework. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 96-107.
- Vocat, R., Staub, F., Stroppini, T. & Vuilleumier, P. (2010). Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study. *Brain: A Journal of Neurology*, 133, 3578-3597.
- Vuilleumier, P. (2004). Anosognosia: the neurology of beliefs and uncertainties. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 40, 9-17.
- Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S. & Law, M. (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 70-79.
- World Health Organization (n.d.). Stroke, Cerebrovascular accident. Heruntergeladen von www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en am 21.10.2014
- Wressle, E., Eeg-Olofsson, A., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine (Taylor & Francis Ltd)*, 34, 5-11.
- Wressle, E. & Samuelsson, K. (2004). Barriers and bridges to client-centred occupational therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 12-16.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess ethischer Problemlösung (August-Feicht et al., 2013, S.22)	7
Abbildung 2. Veränderungsprozess der Awareness nach CVI (Vocat et al., 2010, S.3585).....	14
Abbildung 3. Veränderungsprozess der Awareness (Bandura, 1989, zit. nach Dirette, 2010, S.312)	15
Abbildung 4: GAS Tabelle (Playford et al., 2009, S 340)	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 (eigene Darstellung).....	9
Tabelle 2 (eigene Darstellung).....	27

9. Wortzahl

Abstract: 179 Wörter

Bachelorarbeit: 11'538 Wörter

10. Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei unseren Familien und Freunden für deren fachliche und moralische Unterstützung. Wir sind allen sehr dankbar, die unsere Arbeit gegengelesen haben und ein konstruktives Feedback gegeben haben.

Ebenfalls danken wir unserer Betreuerin Daniela Senn für die stetige Unterstützung.

11. Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 20.05.2015

Andrea Petra Christinger

Johanna Lisa Jeltsch

Anhang A: Glossar

Wort	Bedeutung
Akutphase	Die Zeit direkt nach der Hirnverletzung, umfasst einen Zeitraum von ca. 3 – 6 Monaten
Assessment	Erfassungs- oder Messinstrument für die Therapie (z.B. Interview, SADI, COPM etc.)
Autonomie	Unabhängigkeit, Selbständigkeit, Selbstbestimmung
Autoren	Menschen, die ein/e Studie/Review/Artikel/Buch geschrieben haben und in dieser Arbeit zitiert wurden
Awareness	Bewusstsein über die eigenen Einschränkungen sowie das Abschätzen von möglichen Problemen, die daraus entstehen könnten
Bedeutungsvoll	Wichtig für den Klienten, etwas ist von Bedeutung
Berufsethischer Konflikt	Ethisches Problem das mit der Ausübung des Berufes zusammenhängt, Unklarheiten über die Auswahl verschiedener Prinzipien/Werten und der Anwendung des Berufskodex
Best Practice	Deutsch: beste Methode, beste Praxis. Meint die optimale Vorgehensweise für die Therapie unter Berücksichtigung verschiedener Aspekte
Community-based setting	Gemeinschaftsbasiertes Setting, meistens Therapie die im realen Umfeld stattfindet, oft mit dem Einbezug des Umfeld
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Assessment)
CVI	Cerebrovaskulärer Insult, auch bekannt als Schlaganfall, entsteht durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn, ausgelöst durch ein geplatzt oder verstopftes Blutgefäss. Der Unterbruch der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung zum Gehirn verursacht Gewebeschäden im Gehirn. Je nach betroffenem Hirnareal und Schweregrad der Schädigung kann der CVI verschiedene Auswirkungen haben
Dilemma	Zwangslage, schwierige Situation in der man sich befindet, wenn man zwischen zwei Optionen wählen muss.
Erworbene Hirnschädigung	In dieser Bachelorarbeit als CVI oder traumatische Hirnverletzung definiert
Ethik	Philosophische Disziplin, Gesamtheit aller sittlichen Normen und Werte
EVS	Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz
Fernziel	Rehabilitationsziel, Langzeitziel, Ziel bezieht sich meistens auf Wochen bis Monate bis sie erreicht werden
Fürsorge	Prinzip der Fürsorge, Gesundheitspersonal handelt aktiv für das Wohl des Klienten/Patienten, bietet Hilfeleistung
GAS	Goal Attainment Scaling (Assessment)
Gesundheits-personal	Alle Berufe/Professionen die im Gesundheitsbereich arbeiten (Pflege, Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter usw.)
Hemiplegie	Halbseitige Lähmung
Humanistisch	Geistige Strömung, schätzt Fähigkeiten der Menschen

	optimistisch ein, Ziel: persönliche Entfaltung
Intervention	Zur Intervention gehört die Durchführung der Therapie zwischen der Zielsetzung und der Evaluation (z.B. Ziel überprüfen) der Therapie. Die Intervention kann somit mehrere ergotherapeutische Therapieeinheiten meinen, wie auch nur ein Teilschritt einer Therapieeinheit.
Inzidenzraten	hier: wie viele Menschen Unawareness nach erworbener Hirnschädigung aufweisen
Klient	Leistungsempfänger, sucht Hilfe, bestimmt über die Therapie mit, wird im Gegensatz zum Patient nicht einfach nur behandelt, mündig
Klientenzentriert	Siehe Klientenzentrierung
Klientenzentrierung	Klient steht im Mittelpunkt, ausgeglichene Partnerschaft zwischen Klient und Therapeutin ist wichtig, Wünsche und Bedürfnisse des Klienten werden wahrgenommen
Lösungsoptionen	Damit sind in dieser Bachelorarbeit Ergebnisse für diese Arbeit gemeint, die aus Studien hergeleitet wurden.
Medizinisches Paradigma	Therapeuten sind Experten und Patienten verhalten sich passiv
Moral	Grundsätze die das zwischenmenschliche Verhalten einer Gesellschaft regulieren
Nahziel	Ziel für eine oder wenige Therapieeinheiten, fokussiert sich an der Erreichung des Fernzieles, Ziele die in kurzer Zeit erreicht werden können
Neglect	Ein Neglect ist eine Wahrnehmungsstörung, bei der die gegenüberliegende Seite einer Hirnläsion nicht wahrgenommen wird (oft die linke Körperhälfte). Visuelle, auditorische und somatosensorische Reize aus der Umgebung werden nicht wahrgenommen.
Patient	Behandelnde, betreute Person, verhält sich passiv
Performanz	Ausführung, Durchführung von Handlungen und Aktivitäten
Reduzierte Awareness	Synonym für Unawareness (siehe Unawareness)
Reflexion	Nachdenken, Überlegen, Betrachtung aus einer anderen Perspektive
Traumatische Hirnverletzung	Auch Schädel-Hirn-Trauma genannt, ist eine Verletzung am Kopf. Dabei werden das Gehirn, die Hirnhäute, die Blutgefäße im Gehirn und der Schädelknochen geschädigt. Eine traumatische Hirnverletzung entsteht durch eine Gewalteinwirkung am Kopf
Unawareness	Fehlende Krankheitseinsicht aufgrund neurologischer Ursache. Unfähigkeit, die eigene Erkrankung/Einschränkung wahrzunehmen.
Verfasserinnen	Die Verfasserinnen dieser Arbeit (Johanna Jeltsch und Andrea Christinger)
Zielsetzungsprozess	Prozess in dem Ziele gesetzt oder angepasst werden

Anhang B: Tabelle

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Erwachsene Menschen ab 16 Jahren	Kinder, Jugendliche
Unawareness, Anosognosie	Denial of illness
Folgen von erworbener Hirnschädigung (traumatische Hirnverletzung, CVI)	Folgen von anderen neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, Tumore, Demenz), Folgen von psychischen Erkrankungen (z.B. Schizophrenie)
Methoden für eine effektive Zielsetzung	Beispiele für mögliche Ziel, Interventionen gegen Unawareness
Fähigkeit zu Sprechen	Aphasie / Fremdsprachige Klienten
Westliche, industrialisierte Länder (inklusive Australien, Neuseeland)	Andere Kulturen / Regionen (z.B. Asien, Afrika)
Deutsche und englische Artikel	Artikel in anderen Sprachen

Anhang C: Searchhistory

AMED				
Kombination Keywords	Gefunden	Gespeichert	Autor (Jahr)	Titel
goals.sh AND awareness.sh	0	0		
goals.sh. and anosognosia.af.	0	0		
goals.sh AND (brain injuries OR stroke).sh	22	4	Hartigan (2012)	Goal setting in stroke rehabilitation: Part 2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role?.
			Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
			Fischer, Gauggel & Trexler (2004)	Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries
			Webb & Glueckauf (1994)	The effects of direct involvement in goal setting on rehabilitation outcome for persons with traumatic brain injuries.
goals.sh AND Occupational therapists.sh	6	1	Parkinson, Shenfield, Reece & Fisher (2011)	Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals.
goals.sh AND (Decision making OR Ethics OR Ethics medical).sh	14	2	Parkinson, Shenfield, Reece & Fisher (2011)	Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals.
			Sumsion (2004)	Pursuing the Client's Goals Really Paid Off.
goals.sh. AND ethic*.ab.	4	1	Levack (2009)	Ethics in goal planning for rehabilitation: a utilitarian perspective
goals.sh AND (patient*cent* OR client*cent* OR clientcent*).af.	6	2	Custer, Huebner, Freudenberger & Nichols (2013)	Client-chosen goals in occupational therapy: Strategy and instrument pilot.
			Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
awareness.sh AND (brain injuries OR stroke).sh	34	2	Hart, Sherer, Whyte, Polansky & Novack (2004)	Awareness of behavioral, cognitive, and physical deficits in acute traumatic brain injury.
			Toglia & Kirk (2000)	Understanding awareness deficits following brain injury.
awareness.sh AND Occupational therapists.sh	3	0		

awareness.sh AND (Decision making OR Ethics OR Ethics medical).sh	2	0		
awareness.sh AND (patient*cent* OR client*cent* OR clientcent*).af.	0	0		
(brain injuries OR stroke).sh AND Occupational therapists.sh	3	0		
(brain injuries OR stroke).sh AND (Decision making OR Ethics OR Ethics medical).sh	66	0		
(brain injuries OR stroke).sh AND (patient*cent* OR client*cent* OR clientcent*).af.	10	2	Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
			Rosewilliam, Roskell & Pandyan (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
Occupational therapists.sh AND (Decision making OR Ethics OR Ethics medical).sh	24	4	Müller (2012)	Ethik in der Ergotherapie
			Parkinson, Shenfield, Reece & Fisher (2011)	Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals.
			Liu, Chan & Chan (2005)	Would discussion on patients' needs add value to the rehabilitation process?
			Atwal A, Caldwell K (2003)	Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles
Occupational therapists.sh AND (patient*cent* OR client*cent* OR clientcent*).af.	4	0		
(Decision making OR Ethics OR Ethics medical).sh AND (patient*cent* OR client*cent* OR clientcent*).af.	20	1	Moats (2007)	Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice.

CINAHL					
Kombination Keywords	Gefundene	Gespeichert	Monat	Autor (Jahr)	Titel
occupational therap* (MW)	4	1		horowitz (2002)	Ethical Decision-Making Challenges in Clinical Practice

AND ethics of decision making					
patient centred care MH	16318	?	Jan 15		
anosognosia	126	18	Jan 15	Appelros, Karlsson, Seiger, Nydevik (2003)	prognosis for patients with neglect and anosognosia with special reference to cognitive impairment
				appelros, karlsson, steiger, nydevik (2002)	neglect and anosognosia after first-ever stroke: incidence and relationship to disability
				baier, karanath (2005)	Incidence and diagnosis of anosognosia for hemiparesis revisited
				Bechtold Kortte, Chwalist, Wegener (2003)	Anosognosia and Denial: Their Relationship to Coping and Depression in Acquired Brain Injury
				Orfei et al (2007)	Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature
				Nardone, Ward, Fotopoulou, Turnbull (2010)	Attention and Emotion in Anosognosia: Evidence of Implicit Awareness and Repression
				Pia, Neppi-Modona, Ricci, Berti (2004)	the anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis
				gialanella, monguzzi, santoro, rocchi (2005)	Functional Recovery After Hemiplegia in Patients With Neglect: The Rehabilitative Role of Anosognosia
				multari, ramachandran, altschuler (2011)	Compensational Strategies for a Merchant After Stroke With Anosognosia for Alexia Without Agraphia
				Vossel, Simone; Weiss, Peter H; Eschenbeck, Philipp; Fink, Gereon R (2013)	Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right-hemispheric stroke
				Vocat, Roland; Saj, Arnaud; Vuilleumier, Patrik (2013)	The riddle of anosognosia: Does unawareness of hemiplegia involve a failure to update beliefs?
				Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
				Fotopoulou et al (2012)	Illusions and delusions in anosognosia for hemiplegia: from motor predictions to prior beliefs
				Vocat R; Staub F; Stroppini T; Vuilleumier P (2012)	Anosognosia for hemiplegia: a clinical-anatomical prospective study
				Fotopoulou A; Pernigo S; Maeda R; Rudd A; Kopelman MA (2010)	Implicit awareness in anosognosia for hemiplegia: unconscious interference without conscious re-representation
				Starkstein SE; Jorge RE; Robinson RG (2010)	The frequency, clinical correlates, and mechanism of anosognosia after stroke
				robbins et al (2009)	anosognosia for right hemiplegia from dominant anterior cerebral artery stroke

				Brown D; Rose D; Lyons E (2009)	Self-generated expressions of residual complaints following brain injury
Anosognosia MH	48	11	Jan 15	Perry (2009)	Anosognosia, interests and equal moral consideration
				Cocchini G; Beschin N; Cameron A; Fotopoulou A; Della Sala S (2009)	Anosognosia for motor impairment following left brain damage
				Orfei et al (2007)	Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature
				Nardone, Ward, Fotopoulou, Turnbull (2010), ft üger gs	Attention and Emotion in Anosognosia: Evidence of Implicit Awareness and Repression
				gialanella, monguzzi, santoro, rocchi (2005)	Functional Recovery After Hemiplegia in Patients With Neglect: The Rehabilitative Role of Anosognosia
				multari, ramachandran, altschuler (2011)	Compensational Strategies for a Merchant After Stroke With Anosognosia for Alexia Without Agraphia
				baier, karanath (2005)	Incidence and diagnosis of anosognosia for hemiparesis revisited
				Pia, Neppi-Modona, Ricci, Berti (2004)	the anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis
				Appelros, Karlsson, Seiger, Nydevik (2003)	prognosis for patients with neglect and anosognosia with special reference to cognitive impairment
				Kortte KB; Wegener ST; Chwalisz K. (2003)	Anosognosia and denial: their relationship to coping and depression in acquired brain injury
				appelros, karlsson, steiger, nydevik (2002)	neglect and anosognosia after first-ever stroke: incidence and relationship to disability
anosognosia AND occupational therapy	0	0	Jan 15		
awareness AND occupational therapy MH	126	?	Jan 15		
goal setting	4752	?	Jan 15		
goal-setting MH	3904	?	Jan 15		
goal attainment MH	409	?	Jan 15		
brain injuries MH	16048	?	Jan		

			15		
stroke MH	41660	?	Jan 15		
ethics MH	10147		Jan 15		
occupational therapy MH	15811		Jan 15		
goal-setting AND anosognosia	0	0	Jan 15		
goal-setting MH AND awareness	65	3	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Malouf, T; Langdon, R; Taylor, A (2014)	The Insight Interview: A new tool for measuring deficits in awareness after traumatic brain injury
				Fischer S; Gauggel S; Trexler LE (2004)	Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries
goal attainment MH AND awareness	25	0	Jan 15		
goal attainment MH AND anosognosia	0	0	Jan 15		
goal-setting AND awareness AND brain injuries	8	4	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Fischer S; Gauggel S; Trexler LE (2004)	Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries
				Medley AR; Powell T (2010)	Motivational Interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: A conceptual review
				Doig E; Fleming J; Kuipers P (2008)	Achieving optimal functional outcomes in community-based rehabilitation following acquired brain injury: a qualitative investigation of therapists' perspectives
goal-setting AND awareness AND stroke	4	0	Jan 15		

goal-setting AND awareness AND ethics	0	0	Jan 15		
goal-setting AND awareness AND patient cent*	7	1	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
goal-setting AND awareness AND occupational therapy	7	2	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Doig E; Fleming J; Kuipers P (2008)	Achieving optimal functional outcomes in community-based rehabilitation following acquired brain injury: a qualitative investigation of therapists' perspectives
goal-setting MH AND brain injuries MH	58	9	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Malouf, T; Langdon, R; Taylor, A (2014)	The Insight Interview: A new tool for measuring deficits in awareness after traumatic brain injury
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, P L.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Turner BJ; Ownsworth TL; Turpin M; Fleming JM; Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: a classification framework
				Ertzgaard, Per; Ward, Anthony B; Wissel, Jörg; Borg, Jörgen (2011)	Practical considerations for goal attainment scaling during rehabilitation following acquired brain injury
				Levack WMM; Siegert RJ; Dean SG; McPherson KM (2009)	Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family
				Pössl J; Götze R (2004)	Individual goal setting in the occupational therapy of brain-injured patients
				Fischer S; Guggel S; Trexler LE (2004)	Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries
goal-setting MH AND stroke MH	79	6	Jan 15	MacDonald, G A.; Kayes, N M.; Bright, F(2013)	Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature
				Lloyd, A.; Roberts, A. R.; Freeman, J. A. (2014)	'Finding a Balance' in Involving Patients in Goal Setting Early After Stroke: A Physiotherapy Perspective

				Hartigan (2012)	Goal setting in stroke rehabilitation: part 2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role?
				Hartigan_1 (2012)	Goal setting in stroke rehabilitation: part 1.
				Kristensen, HK; Persson, D; Nygren, C; Boll, M; Matzen, P (2011)	Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation
				Daniëls R; Winding K; Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation
goal-setting MH AND stroke MH AND occupational therapy MH	10	3	Jan 15	MacDonald, G A.; Kayes, N M.; Bright, F(2013)	Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature
				Kristensen, HK; Persson, D; Nygren, C; Boll, M; Matzen, P (2011)	Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation
				Daniëls R; Winding K; Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation
goal-setting MH AND brain injuries MH AND occupational therapy MH	13	4	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, P L.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Pössl J; Götze R (2004)	Individual goal setting in the occupational therapy of brain-injured patients
goal-setting AND brain injuries AND ethics	0	0	Jan 15		
goal-setting AND stroke AND ethics	1	1	Jan 15	Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A; (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
goal-setting MH AND stroke MH AND patient cent*	14	4	Jan 15	Hartigan, I (2012)	Goal setting in stroke rehabilitation: part 2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role?
				Levack WMM; Dean SG; McPherson KM; Siegert RJ (2008)	Navigating the borderlands of patient-centred goal planning: a grounded theory investigation
				Kristensen, HK; Persson, D; Nygren, C; Boll, M; Matzen, P (2011)	Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation
				Daniëls R; Winding K; Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of

					some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation
goal setting AND stroke AND patient centred	8	4	Jan 15	Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A; (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
				Brown, M; Levack, W; McPherson, KM.; Dean, SG.; Reed, K; Weatherall, M; Taylor, WJ. (2014)	Survival, momentum, and things that make me 'me': patients' perceptions of goal setting after stroke
				Levack WMM; Dean SG; McPherson KM; Siegert RJ (2008)	Navigating the borderlands of patient-centred goal planning: a grounded theory investigation
				Leach E; Cornwell P; Fleming J; Haines T (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting
goal-setting MH AND brain injuries MH AND patient cent*	13	6	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, P L.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Turner BJ; Ownsworth TL; Turpin M; Fleming JM; Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: a classification framework
				Levack WMM; Siegert RJ; Dean SG; McPherson KM (2009)	Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family
				Levack WMM; Dean SG; Mcpherson KM; Siegert RJ (2006)	How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for people with brain injury -- variable interpretations of value and purpose
goal-setting AND patient centred	208	?	Jan 15		
goal attainment AND patient centred	29	2	Jan 15	Playford ED; Siegert R; Levack W; Freeman J (2009)	Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report
				Doig, E; Fleming, J; Kuipers, P; Cornwell, PL (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
goal attainment AND patient centred care	3	0	Jan 15		
goal attainment AND ethics	4	0	Jan 15		
goal-setting AND ethics	37	7	Jan 15	Levack WMM (2009)	Ethics in goal planning for rehabilitation: a utilitarian perspective

				Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
				McClain C (2005)	Ethics in practice. Collaborative rehabilitation goal setting
				Haas J (1993)	Ethical considerations of goal setting for patient care in rehabilitation medicine
				Kirschner KL; Stocking C; Wagner LB; Foye SJ; Siegler M (2001)	Ethical issues identified by rehabilitation clinicians
				Foye SJ; Kirschner KL; Wagner LCB; Stocking C; Siegler M (2002)	Ethics in practice. Ethical issues in rehabilitation: a qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists
				Blackmer (2000)	Ethical issues in rehabilitation medicine
goal-setting AND ethics AND patient centred*	1	1	Jan 15	Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
goal-setting MH AND occupational therapy MH	150	20	Jan 15	Doig, ; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				MacDonald, GA.; Kayes, NM.; Bright, F (2013)	Barriers and facilitators to engagement in rehabilitation for people with stroke: a review of the literature
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Kristensen, HK; Persson, D; Nygren, C; Boll, Mette; M,P (2011)	Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, PL.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Tropicchio B; Bykerk K; Wegner C; Wegner J (2009)	Increasing patient participation: the effects of training physical and occupational therapists to involve geriatric patients in the concerns-clarification and goal-setting processes
				Armstrong (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
				Parker, Davina Margaret (2013)	An exploration of client-centred practice in occupational therapy: perspectives and impact
				Louise Conneeley, Anne (2004)	Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study
				Danie`Is R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.

				Melville LL; Baltic TA; Bettcher TW; Nelson DL (2002)	Patients' perspectives on the Self-Identified Goals Assessment
				Kielhofner, G; Barrett, L (1998)	Meaning and Misunderstanding in Occupational Forms: A Study of Therapeutic Goal Setting
				Northen, JG.; Rust, DM.; Nelson, CE.; Watts, JH. (1995)	Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals
				Orentlicher, Meira L. (2011)	Person-centered planning: an innovative approach for transition planning
				Gentry, K (2012)	Goal writing for a professional development plan
				Nelson, CF.; Payton, OD (1991)	A System for Involving Patients in Program Planning
				McClain C; Kirschner KL (2005)	Ethics in practice. Collaborative rehabilitation goal setting
				Pössl J; Götze R (2004)	Individual goal setting in the occupational therapy of brain-injured patients
				McAndrew E; McDermott S; Vitzakovitch S; Warunek M; Holm MB (1999)	Therapist and patient perceptions of the occupational therapy goal-setting process: a pilot study
				Hoppes S (1997)	Motivating clients through goal setting
goal attainment AND occupational therapy	99	5	Jan 15	Trombly CA; Radomski MV; Davis ES (1998)	Achievement of self-identified goals by adults with traumatic brain injury: phase I
				Doig, E; Fleming, J; Kuipers, P; Cornwell, PL. (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
				Custer, Melba G.; Huebner, Ruth A.; Freudenberger, Linda; Nichols, Laurel R. (2013)	Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot
				McAndrew E; McDermott S; Vitzakovitch S; Warunek M; Holm MB (1999)	Therapist and patient perceptions of the occupational therapy goal-setting process: a pilot study
				Trombly CA; Radomski MV; Trexel C; Burnett-Smith SE (2002)	Occupational therapy and achievement of self-identified goals by adults with acquired brain injury: phase II.
goal attainment AND occupational therapy MH	54	4	Jan 15	Doig, E; Fleming, J; Kuipers, P; Cornwell, PL. (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
				Custer, Melba G.; Huebner, Ruth A.; Freudenberger, Linda; Nichols, Laurel R. (2013)	Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot
				McAndrew E; McDermott S; Vitzakovitch S; Warunek M; Holm MB (1999)	Therapist and patient perceptions of the occupational therapy goal-setting process: a pilot study
				Trombly CA; Radomski MV; Trexel C; Burnett-Smith SE (2002)	Occupational therapy and achievement of self-identified goals by adults with acquired brain injury: phase II.
goal-setting AND	3	2	Jan	McClain C; Kirschner KL (2005)	Ethics in practice. Collaborative rehabilitation goal setting

occupational therapy AND ethics			15		
				Foye SJ; Kirschner KL; Wagner LCB; Stocking C; Siegler M; Kirschner KL (2002)	Ethics in practice. Ethical issues in rehabilitation: a qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists
goal attainment AND occupational therapy AND ethics	0	0	Jan 15		
goal-setting MH AND occupational therapy MH and patient cent*MH	31	11	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Morrison, TL.; Smith, JD (2013)	Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Kristensen, HK; Persson, D; Nygren, C; Boll, Mette; MP (2011)	Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, PL.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Tripicchio B; Bykerk K; Wegner C; Wegner J (2009)	Increasing patient participation: the effects of training physical and occupational therapists to involve geriatric patients in the concerns-clarification and goal-setting processes
				Armstrong (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
				Maitra, K. K. & Erway, F. (2006)	Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients
				Parker, Davina Margaret (2013)	An exploration of client-centred practice in occupational therapy: perspectives and impact
				Daniels R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.
				Northen, JG.; Rust, DM.; Nelson, CE.; Watts, JH (1995)	Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals
occupational therapists AND Goal setting AND patient centered care	27	9	Sept 2014	Daniels R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.

				Northen, J.G., Rust, D.M., Nelson, C.E., Watts, J.H. (1995)	Involvement of Adult Rehabilitation Patients in Setting Occupational Therapy Goals.
				Parkinson S, Shenfield M, Reece K, Fisher J (2011)	Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals
				Wendy Pentland (2012)	Conversations for enablement: Using coaching skills in occupational therapy.
				Tripicchio, B., Bykerk, K. Wegner, C. & Wegner, J. (2009).	Increasing Patient Participation: The Effects of Training Physical and Occupational Therapists to Involve Geriatric Patients in the Concerns-Clarification and Goal-Setting Processes.
				Morrison, T.L. & Smith, J.D. (2013)	Working alliance development in occupational therapy: A cross-case analysis
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Maitra, K. K. & Erway, F. (2006)	Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients
				Foye SJ; Kirschner KL; Wagner LCB; Stocking C; Siegler M; Kirschner KL (2002)	Ethics in practice. Ethical issues in rehabilitation: a qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists
goal attainment AND occupational therapy AND patient cent*	6	0	Jan 15	Custer, MG.; Huebner, RA.; Freudenberger, L; Nichols, LR (2013)	Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot
				Doig, E; Fleming, J; Kuipers, P; Cornwell, PL. (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
anosognosia AND brain injuries	13	5	Jan 15	Cocchini G; Beschin N; Cameron A; Fotopoulou A; Della Sala S (2009)	Anosognosia for motor impairment following left brain damage
				Kortte KB; Wegener ST; Chwalisz K (2003)	Anosognosia and denial: their relationship to coping and depression in acquired brain injury
				Brown D; Rose D; Lyons E (2009)	Self-generated expressions of residual complaints following brain injury
				Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
				Kortte KB; Wegener ST (2004)	Denial of illness in medical rehabilitation populations: theory, research and definition
awareness AND brain injuries MH	367	?	Jan 15		
awareness AND stroke	437	?	Jan 15		
anosognosia AND brain	0	0	Jan		

injuries AND occupational therapy			15		
anosognosia AND stroke AND occupational therapy	0	0	Jan 15		
awareness AND brain injuries MH AND occupational therapy	33	15	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Schmidt, J; Fleming, J; Ownsworth, T; Lannin, N; Khan, A (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
				Dirette (2010)	Self-awareness Enhancement through Learning and Function (SELF): a theoretically based guideline for practice
				Anderson RL; Doble SE; Merritt BK; Kottorp A (2010)	Assessment of Awareness of Disability measures among persons with acquired brain injury
				Holmqvist, Kajsa; Holmefur, Marie; Ivarsson, Ann-Britt (2013)	Therapeutic use of self as defined by Swedish occupational therapists working with clients with cognitive impairments following acquired brain injury: A Delphi study
				Dirette DK; Plaisier BR; Jones SJ (2008)	Patterns and antecedents of the development of self-awareness following traumatic brain injury: the importance of occupation
				Lucas SE; Fleming JM (2005)	Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury
				Simmond, M; Fleming, J (2003)	Occupational Therapy Assessment of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury
				Swanton, R; Sansonetti, D (2013)	Feedback provided to people with brain injury as an intervention improves self-awareness, task completion and satisfaction with performance
				Tham K; Ginsburg E; Fisher AG; Tegnér R (2001)	Training to improve awareness of disabilities in clients with unilateral neglect
				Schmidt, J; Lannin, N; Fleming, J; Ownsworth, T (2011)	Feedback interventions for impaired self-awareness following brain injury: A systematic review
				Doig E; Fleming J; Kuipers P (2008)	Achieving optimal functional outcomes in community-based rehabilitation following acquired brain injury: a qualitative investigation of therapists' perspectives
				Fleming JM; Lucas SE; Lightbody S (2006)	Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury: a pilot study
				Katz N; Fleming J; Keren N; Lightbody S; Hartman-Maeir A	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy

				(2002)	intervention
				Simmond M; Fleming J (2003)	Reliability of the self-awareness of deficits interview for adults with traumatic brain injury
awareness AND stroke MH AND occupational therapy	21	2	Jan 15	Kottorp, A; Ekstam, L; Petersson L, I (2013)	Differences in awareness between persons with left and right hemispheric stroke
				Katz N; Fleming J; Keren N; Lightbody S; Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
anosognosia AND stroke NOT MH (anosog.+stroke)	50	12	Jan 15	Vossel, Simone; Weiss, Peter H; Eschenbeck, Philipp; Fink, Gereon R (2013)	Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right-hemispheric stroke
				Vocat, R, Saj, A, Vuilleumier, P (2013)	The riddle of anosognosia: Does unawareness of hemiplegia involve a failure to update beliefs?
				und alle ergebnisse von anosognosia MH AND stroke MH (10)	
anosognosia MH AND stroke MH	20	10	Jan 15	Robbins MS; Markowitz S; Saleeb M; Swerdlow ML; Mabie PC (2009)	Anosognosia for right hemiplegia from dominant anterior cerebral artery stroke
				Perry C (2009)	Anosognosia, interests and equal moral consideration
				Fotopoulou A; Tsakiris M; Haggard P; Vagopoulou A; Rudd A; Kopelman M (2008)	The role of motor intention in motor awareness: an experimental study on anosognosia for hemiplegia.
				Orfei MD; Robinson RG; Prigatano GP; Starkstein S; Rüschen N; Bria P; Caltagirone C; Spalletta G (2007)	Anosognosia for hemiplegia after stroke is a multifaceted phenomenon: a systematic review of the literature
				Multari, Alicia; Ramachandran, V. S.; Altschuler, Eric L. (2011)	Compensational Strategies for a Merchant After Stroke With Anosognosia for Alexia Without Agraphia
				Gialanella B; Monguzzi V; Santoro R; Rocchi S (2005)	Functional recovery after hemiplegia in patients with neglect: the rehabilitative role of anosognosia
				Baier B; Karnath H (2005)	Incidence and diagnosis of anosognosia for hemiparesis revisited
				Pia L; Neppi-Modona M; Ricci R; Berti A (2004)	The anatomy of anosognosia for hemiplegia: a meta-analysis
				Appelros P; Karlsson GM; Seiger Å; Nydevik I (2003)	Prognosis for patients with neglect and anosognosia with special reference to cognitive impairment
				Appelros P; Karlsson GM; Seiger Å; Nydevik I (2002)	Neglect and anosognosia after first-ever stroke: incidence and relationship to disability
anosognosia AND brain injuries AND ethics	1	1	Jan 15	Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations

anosognosia AND stroke AND ethics	3	2	Jan 15	Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
				Perry (2009)	Anosognosia, interests and equal moral consideration
awareness AND brain injuries AND ethics	4	1	Jan 15	Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
awareness AND stroke MH AND ethics	1	0	Jan 15		
anosognosia AND stroke AND patient cent*	0	0	Jan 15		
anosognosia AND brain injuries AND patient cent*	0	0	Jan 15		
awareness AND stroke AND patient centred*	3	1	Jan 15	Kelly, Adam G; Sahin, Bogachan; Holloway, Robert G (2014)	Ethical considerations in stroke patients
awareness AND brain injuries AND patient cent*	3	2	Jan 15	Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Knox, Lucy; Douglas, Jacinta M.; Bigby, Christine (2013)	Whose decision is it anyway? How clinicians support decision-making participation after acquired brain injury
anosognosia AND occupational therapy AND ethics	0	0	Jan 15		
awareness AND occupational therapy AND ethics	7	3	Jan 15	Penny, Neil H.; You, Di (2011)	Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions
				Kinsella EA; Park AJ; Appiagyei J; Chang E; Chow D (2008)	Through the eyes of students: ethical tensions in occupational therapy practice
				DeMars PA; Fleming JD; Benham PA (1991)	Ethics across the occupational therapy curriculum
anosognosia AND occupational therapy AND patient cent*	0	0	Jan 15		
awareness AND occupational therapy AND patient cent*	6	2	Jan 15	Townsend E (2003)	Reflections on power and justice in enabling occupation

				Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
anosognosia AND ethics	3	2	Jan 15	Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
				Perry (2009)	Anosognosia, interests and equal moral consideration
awareness AND ethics	484	?	Jan 15		
awareness AND ethics MH	90	3	Jan 15	Penny, Neil H.; You, Di (2011)	Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions
				Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
				DeMars PA; Fleming JD; Benham PA (1991)	Ethics across the occupational therapy curriculum
anosognosia AND client cent*	0	0	Jan 15		
anosognosia AND patient cent*	0	0	Jan 15		
awareness AND patient centred	67	0	Jan 15		
unawareness AND client cent*	1	1	Jan 15	Katz N; Fleming J; Keren N; Lightbody S; Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
anosognosia AND ethics AND patient cent*	0	0	Jan 15		
awareness AND ethics AND patient cent*	7	0	Jan 15		
brain injuries MH AND occupational therapy MH	291	?	Jan 15		
brain injuries AND occupational therapy AND ethics	2	0	Jan 15		
brain injuries AND occupational therapy AND patient centred*	0	0	Jan 15		

stroke MH AND occupational therapy MH	666	?	Jan 15		
stroke AND occupational therapy AND ethics	5	0	Jan 15		
stroke AND occupational therapy AND patient centred*	31	3	Jan 15	Leach E; Cornwell P; Fleming J; Haines T (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting
				Daniels R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.
				Wressle E; Eeg-Olofsson A; Marcusson J; Henriksson C (2002)	Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure
brain injuries MH AND ethics MH	42	1	Jan 15	Prigatano GP (2009)	Anosognosia: clinical and ethical considerations
stroke MH AND ethics MH	13	2	Jan 15	Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
				Brashler (2006)	Ethics, family caregivers, and stroke.
occupational therapy AND ethics AND patient cent*	8	2	Jan 15	Hammell KW (2007)	Client-centred practice: ethical obligation or professional obfuscation?
				Foye, Kirschner, Wagner, Stocking, Siegler (2002)	Ethics in practice. Ethical issues in rehabilitation: a qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists
occupational therapy MH AND patient cent* MH	304	?	Jan 15		
occupational therapists (MW) AND patient centered care (MW)	91	14	Sep 2014	Daniels R, Winding K, Borell L.	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.
				Kjellberg, A., Kåhlin, I., Haglund, L. & Taylor, R.R. (2012).	The myth of participation in occupational therapy: reconceptualizing a client-centred approach.
				Morrison, T.L. & Smith, J.D. (2013)	Working alliance development in occupational therapy:
				Parkinson S, Shenfield M, Reece K, Fisher J (2011)	Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessments, robust case formulations and measurable goals.
				Tripicchio, B., Bykerk, K. Wegner, C. & Wegner, J. (2009).	Increasing Patient Participation: The Effects of Training Physical and Occupational Therapists to Involve Geriatric Patients in the Concerns-Clarification and Goal-Setting Processes.

				Whalley Hammell, K.R. (2013).	Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values.
				durocher, glencross-eimantas (2011)	When client-centred and familycentred approaches clash: A modified Conscious Decision-Making Framework to the rescue!
				jones, livingstones, hawkes (2013)	'Getting the Balance between Encouragement and Taking Over' — Reflections on Using a New Stroke Self-Management Programme
				guidetti, andersson, tham, von koch (2010)	Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study
				Moats, G. (2007)	Discharge Decision-Making, Enabling Occupations, and Client-Centred Practice
				palmadottir (2003)	Client Perspectives on Occupational Therapy in Rehabilitation Services
				peoples, satink, steultjens (2011)	Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies
				steed (2014)	A Client-Centered Model of Instructional Design for Psychoeducation Interventions in Occupational Therapy
				wressle, samuelsson (2004)	Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden
brain injuries MH AND patient cent* MH	65	9	Jan 15	Levack WMM; Siegert RJ; Dean SG; McPherson KM (2009)	Goal planning for adults with acquired brain injury: how clinicians talk about involving family
				Doig, E; Kuipers, P; Prescott, S; Cornwell, P; Fleming, J (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
				Hunt Anne (2014)	An Exploration of Goal Setting in Acquired Brain Injury Rehabilitation
				Knox, Lucy; Douglas, Jacinta M.; Bigby, Christine (2013)	Whose decision is it anyway? How clinicians support decision-making participation after acquired brain injury
				Doig, E; Fleming, J; Kuipers, P; Cornwell, PL (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
				Doig, E; Fleming, J; Cornwell, P L.; Kuipers, P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
				Foster, AM.; Armstrong, J; Buckley, A; Sherry, J; Young, T; Foliaki, S; James-Hohaia, TM; Theadom, A; McPherson, KM. (2012)	Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury
				Turner BJ; Ownsworth TL; Turpin M; Fleming JM; Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: a classification framework
				Levack WMM; Dean SG; Mcpherson KM; Siegert RJ (2006)	How clinicians talk about the application of goal planning to rehabilitation for

					people with brain injury -- variable interpretations of value and purpose
stroke MH AND patient cent* MH	119	6	Jan 15	Lawrence, M; Kinn, S (2012)	Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature
				Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
				Brown, M; Levack, W; McPherson, KM.; Dean, SG.; Reed, K; Weatherall, M; Taylor, WJ (2014)	Survival, momentum, and things that make me 'me': patients' perceptions of goal setting after stroke
				Leach E; Cornwell P; Fleming J; Haines T (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting
				Danie's R, Winding K, Borell L.	Experiences of occupational therapists in stroke rehabilitation: dilemmas of some occupational therapists in inpatient stroke rehabilitation.
				Hartigan (2012)	Goal setting in stroke rehabilitation: part 2. How do health professionals set goals and what is the nurse's role?
brain injuries AND ethics AND patient cent*	0	0	Jan 15		
stroke AND ethics AND patient cent*	1	1	Jan 15	Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A; (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
ethics AND client cent*	27	4	Jan 15	Hammell KW (2007)	Client-centred practice: ethical obligation or professional obfuscation?
				Dige M (2009)	Occupational therapy, professional development, and ethics
				Sim J (1998)	Respect for autonomy: issues in neurological rehabilitation
				Kyler PL (2008)	Client-centered and family-centered care: refinement of the concepts
ethics AND patient centred	48	2	Jan 15	McClimans, Leah. M (2011)	Health policy, patient-centred care and clinical ethics
				Rosewilliam, S; Roskell, CA; Pandyan, A; (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation
ethics MH AND patient cent* MH	29	0	Jan 15		

Chochrane

Kombination Keywords	Gefundene	Gespeichert	Autor (Jahr)	Titel
goals.sh AND awareness.sh	9	0		
goals.sh. and anosognosia.af.	0	0		
goals.sh AND brain injuries.sh	12	0		
goals.sh AND stroke.sh	28	0		
goals.sh AND Occupational therapy.sh	13	0		
goals.sh AND Ethics.sh	1	0		
goals.sh AND Patient-Centered Care.sh	5	1	Holliday, Cano, Freeman & Playford (2007)	Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit.
awareness.sh AND stroke.sh				
awareness.sh AND brain injuries.sh				
awareness.sh AND Occupational therapy.sh	4	1	Schmidt, Fleming, Ownsworth, Lannin & Khan (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
awareness.sh AND Ethics.sh	0	0		
awareness.sh AND Patient-Centered Care.sh	0	0		
brain injuries.sh AND Occupational therapy.sh	22	?	McPherson KM , Kayes N , Weatherall M (2009)	A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury.
stroke.sh AND Occupational therapy.sh				
(brain injuries OR stroke).sh AND Ethics.sh				
(brain injuries OR stroke).sh AND Patient-Centered Care.sh				
Occupational therapy.sh AND Ethics.sh	0	0		
Occupational therapy.sh AND Patient-Centered Care.sh	5	1	guidetti, andersson, tham, von koch (2010)	Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study
Ethics.sh AND Patient-Centered Care.sh	0	0		

Medline				
Kombination Keywords	Gefundene	Gespeichert	Autor (Jahr)	Titel
brain injuries.sh. AND awareness.sh. AND occupational therapy.sh.	3	3	Fleming, Shum, Strong & Lightbody (2005)	Prospective memory rehabilitation for adults with traumatic brain injury: A compensatory training programme
			Schmidt, Fleming, Ownsworth, Lannin & Khan (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
			Katz, Fleming, Keren, Lightbody& Hartman-Maeir (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
stroke.sh. AND awareness.sh. AND occupational therapy.sh.	4	2	Lindström, Eklund, Billhult & Carlsson (2013).pdf	Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke
			Katz, Fleming, Keren, Lightbody& Hartman-Maeir (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
awareness.sh. AND goals.sh.	122	?		
awareness.sh. AND goals.sh. AND occupational therapy.sh.	0	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND occupational therap*	0	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND patient-centered care.sh	1	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND patient* cent*.af.	1	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND client* cent*.ab.	0	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND brain injuries.sh.	7	2	Fischer, Gauggel & Trexler (2004)	Awareness of activity limitations, goal setting and rehabilitation outcome in patients with brain injuries
			Bergquist, T F. Jacket, M P. (1993)	Awareness and goal setting with the traumatically brain injured
awareness.sh. AND goals.sh. AND stroke.sh.	0	0		
awareness.sh. AND goals.sh. AND exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/	0	0		
awareness.sh. AND ethics.sh	7	0		
goals.sh. AND occupational therapy.sh.	125	?		
goals.sh. AND occupational therapy.sh. AND (brain injuries.sh. OR	19	5	Leach, Cornwell, Fleming & Haines (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting

stroke.sh)				
			Henshaw, Polatajko, McEwen, Ryan & Baum (2011).pdf	Cognitive Approach to Improving Participation After Stroke: Two Case Studies
			Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
			Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			McPherson KM , Kayes N , Weatherall M (2009)	A pilot study of self-regulation informed goal setting in people with traumatic brain injury.
goals.sh. AND occupational therapy.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/)	4	3	Melville, Baltic, Bettcher, & Nelson (2002)	Patients' Perspectives on the Self-Identified Goals Assessment
			Levack (2009)	Ethics in goal planning for rehabilitation: a utilitarian perspective
			Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor & Whybrow (2002)	Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause.
occupational therapy.sh AND patient-centered care.sh.	105	?		
occupational therapy.sh AND patient-centered care.sh. AND awareness.sh	0	0		
occupational therapy.sh AND patient-centered care.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/)	5	1	Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor & Whybrow (2002)	Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause.
client centered.ab. AND occupational therapy.sh. AND goals.sh	6	4	Henshaw, Polatajko, McEwen, Ryan & Baum (2011).pdf	Cognitive Approach to Improving Participation After Stroke: Two Case Studies
			Custer, Huebner, Freudenberger & Nichols (2013)	Client-chosen goals in occupational therapy: strategy and instrument pilot.
			Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
			Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor & Whybrow (2002)	Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause.
occupational therapy.sh AND patient-centered care.sh. AND stroke.sh	9	2	Leach, Cornwell, Fleming & Haines (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting

			Liu, Chan & Chan (2005)	Would discussion on patients' needs add value to the rehabilitation process?
occupational therapy.sh AND patient-centered care.sh. AND brain injuries.sh.	5	2	Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
occupational therapy.sh. AND ethics.sh	8	0		
awareness.sh. AND occupational therapy.sh	35	?		
awareness.sh. AND occupational therapy.sh. AND ethics.sh	0	0		
awareness.sh. AND occupational therapy.sh NOT mindful*.ab. NOT dement*.ab. NOT child*.ab.	27	5	Lindström, Eklund, Billhult & Carlsson (2013)	Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke
			Schmidt, Fleming, Ownsworth, Lannin & Khan (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
			Fleming, Shum, Strong & Lightbody (2005)	Prospective memory rehabilitation for adults with traumatic brain injury: A compensatory training programme
			Kottorp & Petersson (2011)	Psychometric evaluation of an assessment of awareness using two different Rasch models.
			Katz, Fleming, Keren, Lightbody & Hartman-Maeir (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
impaired awareness.ti	39	0	andere Krankheitsbilder	
impaired self-awareness.ti	27	5	Prigatano (2014)	Anosognosia and patterns of impaired self-awareness observed in clinical practice.
			McGuire, Morrison, Barker, Morton, McBrinn, Caldwell, Wilson, McCann, Carton, Delargy & Wals (2014)	Impaired self-awareness after traumatic brain injury: inter-rater reliability and factor structure of the Dysexecutive Questionnaire (DEX) in patients, significant others and clinicians.
			Winkens, Van Heugten, Visser-Meily & Boosman (2014)	Impaired self-awareness after acquired brain injury: clinicians' ratings on its assessment and importance for rehabilitation.
			Schmidt, Fleming, Ownsworth, Lannin & Khan (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
			Cheng & Man (2006)	Management of impaired self-awareness in persons with traumatic brain injury.

impaired self awareness.ab. AND goals.sh.	1	1	Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
anosognosia.kw.	40	3	Besharati, Forkel, Kopelman, Solms, Jenkinson & Fotopoulou (2014)	The affective modulation of motor awareness in anosognosia for hemiplegia: Behavioural and lesion evidence.
			Prigatano (2014)	Anosognosia and patterns of impaired self-awareness observed in clinical practice.
			Markova & Berrios (2014)	The construction of anosognosia: History and implications.
client* cent*.ab. AND awareness.sh.	5	1	Katz, Fleming, Keren, Lightbody & Hartman-Maeir (2002)	Unawareness and/or denial of disability: implications for occupational therapy intervention
Doig.au AND kuipers.au AND cornwell.au	7	4	Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell, & Fleming (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
			Doig, Fleming, Kuipers, Cornwell & Khan (2011)	Goal-directed outpatient rehabilitation following TBI: A pilot study of programme effectiveness and comparison of outcomes in home and day hospital settings
			Doig, Fleming, Kuipers & Cornwell (2010)	Clinical utility of the combined use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling.
			Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
patient-centered care.sh. AND goals.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/)	12	2	Holliday, Cano, Freeman & Playford (2007)	Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit.
			Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor & Whybrow (2002)	Independence as a practice issue in occupational therapy: the safety clause.
goals.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/) AND (brain injury.sh OR stroke.sh)	12	0		
goals.sh. AND patient-centered care.sh. AND (brain injury.sh OR stroke.sh)	7	5	Levack, Dean, Siegert & McPherson (2011)	Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities.

			Rosewilliam S. Roskell CA. Pandyan AD. (2011)	A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. [Review]
			Leach, Cornwell, Fleming & Haines (2010)	Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting
			Doig, Fleming, Cornwell, & Kuipers, (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
awareness.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/) AND (brain injury.sh OR stroke.sh)	3	0		
awareness.sh. AND patient-centered care.sh. AND (brain injury.sh OR stroke.sh)	0	0		
patient-centered care.sh. AND (exp Ethics/ or exp Ethics, Medical/ or exp "Codes of Ethics"/ or exp Ethics, Professional/ or exp Practice Guideline/) AND (brain injury.sh OR stroke.sh)	1	0		

Otbase				
Kombination Keywords	Gefundene	gespeichert	Autor (Jahr)	Titel
"client-centred"	100 +	20	Hammell KRW (2013)	Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections
			Ripat J, Wener P, Dobinson K (2013)	The development of client-centredness in student occupational therapists
			Hammel (2013)	Client-centred occupational therapy in Canada: Refocusing on core values
			Armstrong J (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
			Moats (2007)	Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice
			Hammel (2007)	Client-Centred Practice: Ethical Obligation or Professional Obfuscation?

			Bennett Mortenson W, Dyck I (2006)	Power and client-centred practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences
			Sumsion T, Law M (2006)	A review of evidence on the conceptual elements - informing client-centred practice
			Beyermann G (2006)	Professionalization and Client-centred Practice on the Compatibility of Two Core Thoughts in Occupational Therapy Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken
			Duggan (2005)	Reflection as a means to foster client-centred practice
			Sumsion (2005)	Facilitating client-centred practice: Insights from clients
			Wressle E, Samuelsson K. (2004)	Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden
			Restall G, Ripat J, Stern M (2003)	A framework of strategies for client-centred practice
			Townsend (2003)	Reflections on power and justice in enabling occupation
			Falardeau M, Durand MJ (2002)	Negotiation-centred versus client-centred: Which approach should be used?
			Wilkins S, Pollock N, Rochon S, Law M (2001)	Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do?
			Sumsion T, Smyth G (2002)	Barriers to client-centredness and their resolution
			Sumsion (2000)	A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice
			Sumsion (1993)	Client-centred practice: The true impact
			Hobson S (1996)	Being client-centred when the client is cognitively impaired.
"anosognosia"	1	1	Kerkhoff (2003)	"That's not my arm!" Disorders of Illness perception in Neurological Diseases
"unawareness"	4	2	Katz, Fleming, Keren, Lightbody, Hartmann-Maeier (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
			Kerkhoff (2003)	"That's not my arm!" Disorders of Illness perception in Neurological Diseases
"impaired awareness"	0	0		
"awareness"	100 +	14	Doig, E., Kuipers, P., Prescott, S., Cornwell, P., Fleming, J. (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
			Lindström A-C, Eklund K, Billhult A, Carlsson G (2013)	Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke
			Kottorp A, Ekstam L, Lie IP (2013)	Differences in awareness between persons with left and right hemispheric stroke
			Schmidt J, Fleming J, Ownsworth T, Lannin N, Khan A (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
			Dirette D (2010)	Self-awareness Enhancement through Learning and Function (SELF): a theoretically based guideline for practice

			Erez AB-H, Rothschild E, Katz N, Tuchner M, Hartman-Maeir A (2009)	Executive Functioning, Awareness, and Participation in Daily Life After Mild Traumatic Brain Injury: A Preliminary Study
			Zlotnik S, Sachs D, Rosenblum S, Shpasser R, Josman N (2009)	Use of the Dynamic Interactional Model in Self-Care and Motor Intervention After Traumatic Brain Injury: Explanatory Case Studies
			Dirette DK, Plaisier BR, Jones SJ (2008)	Patterns and Antecedents of the Development of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury: the Importance of Occupation
			Ekstam L, Uppgard B, Kottorp A, Tham K (2007)	Relationship Between Awareness of Disability and Occupational Performance During the First Year After a Stroke
			Fleming JM, Lucas SE, Lightbody S (2006)	Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury: A pilot study
			Lucas SE, Fleming JM (2005)	Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury
			Simmond M, Fleming JM (2003)	Occupational Therapy Assessment of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury
			Tham K, Ginsburg E, Fisher AG, Tegnér R (2001)	Training To Improve Awareness of Disabilities in Clients with Unilateral Neglect
			Fleming, Strong (1995)	Self-Awareness of Deficits following Acquired Brain Injury: Considerations for Rehabilitation
"reduced awareness"	0	0		
"goal setting"	83	9	VanPuymbrouck LH (2014)	Promoting Client Goal Ownership in a Clinical Setting
			Custer MG, Huebner RA, Freudenberger L, Nichols LR (2013)	Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot
			Baird T, Tempest S, Warland A (2010)	Service users' perceptions and experiences of goal setting theory and practice in an inpatient neurorehabilitation unit
			Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Armstrong J (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
			Pössl J, Götze R (2004)	INDIVIDUAL GOAL SETTING IN THE OCCUPATIONAL THERAPY OF BRAIN-INJURED PATIENTS
			Daniëls R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation
			Kielhofner G, Baret L (1998)	Meaning and Misunderstanding in Occupational Forms: A Study of Therapeutic Goal Setting

"brain injury"	100 +	5	Schmidt J, Fleming J, Ownsworth T, Lannin N, Khan A (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Lucas SE, Fleming JM (2005)	Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury
			Simmond M, Fleming JM (2003)	Occupational Therapy Assessment of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury
			Fleming, Strong (1995)	Self-Awareness of Deficits following Acquired Brain Injury: Considerations for Rehabilitation
"stroke"	100 +	1	Kottorp A, Ekstam L, Lie IP (2013)	Differences in awareness between persons with left and right hemispheric stroke
"ethics"	68	7	Penny NH, You D (2011)	Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions
			Durocher E, Gibson BE (2010)	Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation
			Digs M (2009)	Occupational therapy, professional development, and ethics
			Kinsella EA, Park AJ-S, Appiagyei J, Chang E, Chow D (2008)	Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice
			Whalley Hammell K (2007)	Client-Centred Practice: Ethical Obligation or Professional Obfuscation?
			Atwal A, Caldwell K (2003)	Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles
			Horowitz (2002)	Ethical Decision-Making Challenges in Clinical Practice
goal setting AND awareness	31	5	Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell (2010)	Clinical Utility of the Combined Use of the Canadian Occupational Performance Measure and Goal Attainment Scaling
			Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Conneeley AL (2004)	Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study
"goal setting" AND "awareness"	5	3	Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A

				classification framework
"goal setting" and "unawareness"	4	2	Katz, Fleming, Keren, Lightbody, Hartmann-Maeier (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
			Kerkhoff (2003)	"That's not my arm!" Disorders of Illness perception in Neurological Diseases
"goal setting" AND "awareness" AND "brain injury"	3	3	Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
"goal setting" AND "awareness" AND "ethics"	0	0		
goal setting AND awareness AND client-centred (kein Platz für "..")	5	3	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Conneeley AL (2004)	Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study
"goal setting" AND "brain injury"	5	4	Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Pössl J, Götze R (2004)	INDIVIDUAL GOAL SETTING IN THE OCCUPATIONAL THERAPY OF BRAIN-INJURED PATIENTS
"goal setting" AND "stroke"	5	1	Daniëls R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation

"goal setting" AND "brain injury" AND "ethics"	0	0		
goal setting AND brain injury AND client-centred (Kein Platz für "..")	2	2	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
"goal setting" AND "client-centred"	11	4	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Armstrong J (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
			Daniëls R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation
"goal setting" AND "client-centredness"	1	0		
"goal setting" AND "ethics"	1	0		
"goal" AND "ethics"	2	0		
"goal setting" AND "ethics" AND "client-centred"	1	0		
"awareness" AND "brain injury"	34	15	Doig, E., Kuipers, P., Prescott, S., Cornwell, P., Fleming, J. (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series
			Holmqvist K, Holmfur M, Ivarsson A-B (2013)	Therapeutic use of self as defined by Swedish occupational therapists working with clients with cognitive impairments following acquired brain injury: A Delphi study
			Schmidt J, Fleming J, Ownsworth T, Lannin N, Khan A (2012)	Feedback interventions for improving self-awareness after brain injury: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial

			Anderson RL, Doble SE, Merritt BK, Kottorp A (2010)	Assessment of Awareness of Disability measures among persons with acquired brain injury
			Dirette D (2010)	Self-awareness Enhancement through Learning and Function (SELF): a theoretically based guideline for practice
			Erez AB-H, Rothschild E, Katz N, Tuchner M, Hartman-Maeir A (2009)	Executive Functioning, Awareness, and Participation in Daily Life After Mild Traumatic Brain Injury: A Preliminary Study
			Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P (2009)	Qualitative Exploration of a Client-Centered, Goal-Directed Approach to Community-Based Occupational Therapy for Adults With Traumatic Brain Injury
			Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Dirette DK, Plaisier BR, Jones SJ (2008)	Patterns and Antecedents of the Development of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury: the Importance of Occupation
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Fleming JM, Lucas SE, Lightbody S (2006)	Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury: A pilot study
			Lucas SE, Fleming JM (2005)	Interventions for improving self-awareness following acquired brain injury
			Simmond M, Fleming JM (2003)	Occupational Therapy Assessment of Self-Awareness following Traumatic Brain Injury
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
			Fleming J, Strong J (1995)	Self-Awareness of Deficits following Acquired Brain Injury: Considerations for Rehabilitation
"awareness" AND "stroke"	18	4	Lindström A-C, Eklund K, Billhult A, Carlsson G (2013)	Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke
			Kottorp A, Ekstam L, Lie IP (2013)	Differences in awareness between persons with left and right hemispheric stroke
			Ekstam L, Uppgard B, Kottorp A, Tham K (2007)	Relationship Between Awareness of Disability and Occupational Performance During the First Year After a Stroke
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
"awareness" AND "brain injury" AND "ethics"	0	0		
awareness AND brain	3	3	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following

injury AND client-centred (kein Platz für "..")				Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
"awareness" AND "ethics"	3	2	Penny NH, You D (2011)	Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions
			Kinsella EA, Park AJ-S, Appiagyei J, Chang E, Chow D (2008)	Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice
"unawareness" AND "ethics"	0	0		
"awareness" AND "client-centred"	14	5	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Conneeley AL (2004)	Interdisciplinary Collaborative Goal Planning in a Post-Acute Neurological Setting: a Qualitative Study
			Townsend E (2003)	Reflections on power and justice in enabling occupation
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
"unawareness" AND "client-centred"	1	1	Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
client centred and unawareness	100 +	18	Ripat J, Wener P, Dobinson K (2013)	The development of client-centredness in student occupational therapists
			Hammell KRW (2013)	Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections
			Armstrong J (2008)	The benefits and challenges of interdisciplinary, client-centred, goal setting in rehabilitation
			Moats (2007)	Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice
			Whalley Hammell K (2007)	Client-Centred Practice: Ethical Obligation or Professional Obfuscation?
			Bennett Mortenson W, Dyck I (2006)	Power and client-centred practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences

			Sumsion T, Law M (2006)	A review of evidence on the conceptual elements - informing client-centred practice
			Beyermann G (2006)	Professionalization and Client-centred Practice on the Compatibility of Two Core Thoughts in Occupational Therapy Professionalisierung und Klientenzentrierung - zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken
			Duggan R (2005)	Reflection as a means to foster client-centred practice
			sumsion (2005)	Facilitating client-centred practice: Insights from clients
			Wressle E, Samuelsson K. (2004)	Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden
			Restall G, Ripat J, Stern M (2003)	A framework of strategies for client-centred practice
			Kerkhoff (2003)	"That's not my arm!" Disorders of Illness perception in Neurological Diseases
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
			Falardeau M, Durand MJ (2002)	Negotiation-centred versus client-centred: Which approach should be used?
			Wilkins S, Pollock N, Rochon S, Law M (2001)	Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do?
			Sumsion T, Smyth G (2000)	Barriers to client-centredness and their resolution
			Sumsion T (2000)	A Revised Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice
"awareness" AND "ethics" AND "client-centred"	0	0		
"brain injury" AND "ethics"	1	0		
brain injury AND ethics	2	0		
"stroke" AND "ethics"	1	0		
"brain injury" AND "client-centred"	10	3	Doig E, Fleming J, Kuipers P (2008)	Achieving Optimal Functional Outcomes in Community-Based Rehabilitation following Acquired Brain Injury: a Qualitative Investigation of Therapists' Perspectives
			Turner BJ, Ownsworth TL, Turpin M, Fleming JM, Griffin J (2008)	Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention
"stroke" AND "client-centred"	13	3	Guidetti S, Andersson K, Andersson M, Tham K, Von Koch L (2010)	Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study
			Katz N, Fleming J, Keren N, Lightbody S, Hartman-Maeir A (2002)	Unawareness and/or denial of disability: Implications for occupational therapy intervention

			Daniëls R, Winding K, Borell L (2002)	Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation
"brain injury" AND "ethics" AND "client-centred"	0	0		
"stroke" AND "ethics" AND "client-centred"	0	0		
"ethics" AND "client-centred"	5	2	Digs M (2009)	Occupational therapy, professional development, and ethics
			Whalley Hammell K (2007)	Client-Centred Practice: Ethical Obligation or Professional Obfuscation?

Anhang D: Studienzusammenfassung

Dies ist das Raster, welches die Verfasserinnen für die Zusammenfassung der Studien erstellt haben. Zur besseren Verständlichkeit wird jeweils ein Beispiel zur Einstufung der Relevanz von A – E aufgezeigt. Insgesamt wurden 154 Studien zusammengefasst, welche jedoch aus Platzgründen nicht vollständig im Anhang dargestellt werden.

Autor, Jahr	Titel	Ziel, Fragestellung	Methode, Design, Probanden	Ergebnisse	Diskussion	Relevanz A - E	Awareness	Stroke / TBI	Ziele	Klientenzent.	Ergotherapie	Ethik
Baird T, Tempest S, Warland A (2010)	Service users' perceptions and experiences of goal setting theory and practice in an inpatient neurorehabilitation unit	Die Wahrnehmung und Erfahrung der Klienten über die Zielsetzung mit SMART	- Interview - 6 Probanden mit neurl. Unfällen, keine kogn. /kommunikations Einschränkungen	- Smart Technik wurde als gut angesehen, v.a. realistic und achievable als hilfreich für Zielsetzung - Fernziele fanden K. schwierig zu nennen wegen der Ungewissheit - Nahziele waren einfacher für die K. - Es ist wichtig für die Reha dass der K. den Zusammenhang zw. Fern- und Nahzielen kennt		F			x			
Besharati, Forkel, Kopelman, Solms, Jenkinson & Fotopoulou (2014)	The affective modulation of motor awareness in anosognosia for hemiplegia: Behavioural and lesion evidence.	- Einfluss von negativen und positiven Emotionen auf die Awareness von motorischen Hemiplegie - zusätzliche Informationen im Zusammenhang der verletzten Hirnregion und Anosognosie	- 16 Stroke Klienten mit Anosognosie für Hemiplegie - Assessment Interview sowie Aufgaben Tests mit Skala für Einteilung der Anosognosie - Messung der Emotionen auf einer Skala 0-5 vor und nach	- Verbesserung der Awareness bei AHP nach negativem Feedback - kein Unterschied zw. AHP und HP nach positivem Feedback - KI. Mit Anosognosie hatten weniger depressive Verstimmung - längerfristig keine Veränderung der Awareness, das Bewusstsein steigerte sich nur vorübergehend, nicht permanent und klinisch.	- Resultate könnten als psychodyn. Lifting der Verleugnung oder als defensiver Rückgang des Bewusstseins in Folge der neg. Emotionen gedeutet werden	B	x	x				

Autor, Jahr	Titel	Ziel, Fragestellung	Methode, Design, Probanden	Ergebnisse	Diskussion	Relevanz A - E	Awareness	Stroke / TBI	Ziele	Klientenzent.	Ergotherapie	Ethik
			Feedback - Vergleich mit 2 Kontrollgruppen									
Brown, M.; Levack, W; McPherson, KM.; Dean, SG.; Reed, K; Weatherall, M; Taylor, WJ. (2014)	Survival, momentum, and things that make me 'me': patients' perceptions of goal setting after stroke	Erfahrungen von K. mit Zielsetzung die einen Stroke hatten	- semistr. Interview mit stroke Klienten nach Reha	Faktoren die die Zielsetzung erschweren: - Reha konnte man nicht einfach planen, grosse Unsicherheit, Abhängigkeit - Unberechenbarkeit des Stroke, da die Chancen individuell sind - einigen Kl. Waren unrealistische Ziele lieber, weil sie dann mehr Einsatz gaben / kämpften, auch wenn sei vermuteten, dass sie das Ziel nie erreichen würden - Ziele halfen den Kl. für eher für die Motivation, als das sie dachten gross Einfluss nehmen zu können. - die Angehörigen (und ihre Ziele) waren Unterstützend aber sorgten auch für Spannung, weil sie z.B. andere / noch mehr Ziele hatten für Kl.		C		x	x			
Custer, MG., Huebner, RA., Freudenberger, L., Nichols, LR. (2013)	Client-Chosen Goals in Occupational Therapy: Strategy and Instrument Pilot	Was hilft Klienten in OT Ziele herauszufinden und zu evaluieren? Fragestellung: (1)Were the strategies andmeasures useful for clinical practice and descriptive research questions such as the	40 Probanden, Alter: 19-90J. 65% (28p) neurologische Störungen nach CVI, SHT, Pat erhielten teils noch andere Therapien, Pat mit kogn Einschränkungen, Stress,	Häufigste genannte Ziele: Autofahren, zurück zur Arbeit, Freizeit. Menschen mit schweren funktionellen Einschränkungen haben eher Ziele in ADL. weniger schwer eher Freizeitziele...Mit Instrument können Ziele schnell und einfach erfasst werden. Pat könnte das z.B auch tun während er auf seinen Therapeuten		D			x			

Autor, Jahr	Titel	Ziel, Fragestellung	Methode, Design, Probanden	Ergebnisse	Diskussion	Relevanz A - E	Awareness	Stroke / TBI	Ziele	Klientenzent.	Ergotherapie	Ethik
		relationship between the goals selected and the ratings of goal achievement and satisfaction with occupational therapy? applications? (2) Was there evidence of rater bias or unrealistic goal-setting? (3) Are data from the measures amendable to answering research	Sprachprobleme wurden nicht mit einbezogen. mussten Goals for Occupational Therapy List (GOTL für anfang) and Goals and Satisfaction Rating (GSR als evaluation) ausfüllen. Forscher eigene Checkliste erstellt mit Zielen für Cardianal Hill Rehabilitation Hospital. GOTL um selbst Ziele (ADL und IADL) herauszufinden. 6 Ergos	wartet.								
Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell, & Fleming (2014)	Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series	- Outcome der klientenzentr. Zielsetzung auf Engagement, Wichtigkeit und Klientenzentriertheit der Ziele - Veränderung der Awareness während Intervention bei mittlere bis schwere Unawareness	- Selfawareness 4x gemessen (alle 6 Wo) - Engagement und Selfawareness gemessen nach Intervention mit Interviews mit Kl., Angehörigen und Therapeuten - Teilnehmer: mittel - schwere Self-Unawareness nach TBI, zu	- 1 Klient (Nr.7) erkannte keine Probleme, die Mutter setzte Ziele für ihn, er äusserte dass die Ziele wichtig sind für ihn - andere 7 K. nannte mit untersch. Unterstützung durch Angehörige/ET ihre Ziele - Unawareness für kogn. / physische Einschr. Je nach Klient - K. schätzten Fähigkeit. besser ein als Angehörige, bei 4 wurde die Einschät-	- COPM kann mit Klienten mit eingeschränkter Awareness benutzt werden, in Zusammenarbeit mit Angehörige - Engagement in betätigungsbasierte Reha mit bedeutungsvollen und wichtigen Zielen für K. ermöglichen angepasste, unterstützte	A	x	x	x	x	x	

Autor, Jahr	Titel	Ziel, Fragestellung	Methode, Design, Probanden	Ergebnisse	Diskussion	Relevanz A - E	Awareness	Stroke / TBI	Ziele	Klientenzent.	Ergotherapie	Ethik
			Hause wohnen - Messungen mit SADI; MPAI-4; COPM; C-COGS; GAS - Intervention: 12 Wo ET - 8 Teilnehmer und 8 Angehörige - Qualitative Studie	zung kongruenter mit der Zeit - alle K. verbesserten sich bezügl. ihren Zielen, 6 erreichten oder überschritten ihre Ziele	Herausforderungen - Erleben von unerwarteten Herausforderungen und unerw. Verbesserungen kann Awareness steigern und Engagement für Reha verbessern							

Anhang E: Würdigung der Studien

Critical Review Form -

Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007 McMaster University

CITATION:

Lindström, Eklund, Billhult & Carlsson (2013). Occupational therapists' experiences of rehabilitation of patients with limited awareness after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20: 264–271.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel der Studie war es Erfahrungen von Ergotherapeuten in der Rehabilitation von Klienten mit Unawareness nach CVI zu beschreiben.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Modelle der Awareness werden beschrieben (Crosson et al, Toglia & Kirk). Denial of illness wird erwähnt. Awareness sei Schlüssel für erfolgreiche Reha. Ziel der ET ist es Einschränkungen in Aktivität zu minimieren und Partizipation und Kontrolle zu fördern. Es gibt bis anhin keine Studien die die Erfahrung in Zusammenarbeit mit Unawareness Klienten von ETs erfassen.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Wie erleben Ergotherapeuten die Zusammenarbeit mit CVI-Klienten und Unawareness? → relevant für Fragestellung da es auch um Ziele geht.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Ja Qualitative, induktiv Fokus-Gruppen Interview zur Erfassung der Erfahrungen (+gemeinsam diskutieren)</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Autoren gehen davon aus, dass die Förderung der Awareness essenziell für den Erfolg der Reha ist. Unawareness ist ein Problem in der Reha.</p>

<p>Method(s) used:</p> <input type="checkbox"/> participant observation <input type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input checked="" type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Fokus Gruppe (mit bestehener Gruppe?) am Arbeitsplatz der Teilnehmer, Dauer 61-72Minuten Passend? Ja, man hätte aber auch Einzelinterviews führen können.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Brief an Manager von 5 verschiedenen Rehazentren in Schweden mit Infos über Studie und bitte um Fokus Interview. Manager gaben Namen von ETs weiter, mussten mind. 1 Jahr Erfahrung in CVI-Reha haben. → 22 ET (21 W, 1 M)</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>22 ETs von Beginn, nicht noch mehr gesucht (22 ET sind viel für Quali-Forschung) Forscher ist der Meinung dass es genügend Probanden waren um genügend Antworten zu finden</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	<p>Ja von Manager und ETs schriftlich Daten werden an Uni Goethenburg aufbewahrt</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>nein</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Bestehende Gruppen: unklar was für Gruppen es waren Welche Fragen wurden gestellt? Wer hat Fragen gestellt? Waren alle Fragen gleich in verschiedenen Fokus-Gruppen?</p> <p>Unklar welche Rolle der Forscher gespielt hat, weiss nicht, wer Fokus-Gruppen Interviews geführt hat und wie diese ausgewertet wurden.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Tonaufnahme und Traskribieren, schon nach 1. Fokusinterview von Lindström (immer innerhalb 1 Woche nach Interview), Texte gelesen, dann Themen gebildet Weiss nicht in welchem Zeitraum Interviews stattfanden, wer alles anwesend war</p>

<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Krueger's Method</p> <p>Verschiedene Themen. Anpassungen auf 3 Ebenen: Therapeut, Umwelt, Aktivität.</p> <p>Teilweise werden Interviewaussagen transkribiert aufgeführt um Ergebnisse zu unterstreichen.</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Keine Aussage darüber, wie Entscheidungen getroffen worden sind/Kategorien gebildet worden sind, ausser durch Überlegungen des 1. Autors. Ist beschrieben, dass Autor Texte immer wieder durchgelesen hat und auf Themen untersucht.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Eigenes Anpassungsmodell erstellt. 3 herausgefundene Themenbereiche warden klar und verständlich beschrieben.</p>
<p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Glaubwürdigkeit: Analyse wurde nur von einem Autor durchgeführt Übertragbarkeit: anderes Rehasetting in Schweden vorstellbar Zuverlässigkeit: keine finanziellen/wettbewerbs Interessen Nachvollziehbarkeit: Aussagen sind nachvollziehbar</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Es werden verschiedene Anstösse gegeben, wie die Zusammenarbeit mit Unawareness-Klienten vereinfacht werden kann. Darunter Tipps für die Zielsetzung.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Anstoss zu Diskussionen und damit die Arbeit mit Unawareness-Klienten weiter entwickelt werden kann.</p> <p>Das Wissen kann nicht generalisiert werden. Studie enthält nur Diskussionsthemen.</p>

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland,
M., 1998 McMaster-Universität

TITEL:

Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: A classification framework
Turner, Ownsworth, Turpin, Fleming & Griffin (2008)
Australian Occupational Therapy Journal (2008) 55, 96–107

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Framework entwickeln um die Art der Ziele zu identifizieren die Klienten mit ABI setzten - untersuchen, wie sich der Umfang der Ziele und die Fähigkeit realistische Ziele zu setzen verändert über die Zeit und Phase der Erholung. - Als Interviewer waren Ergotherapeutinnen und Neuropsychologen tätig
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zielsetzung nach ABI / Unawareness ist schwierig, Klienten nennen unrealistische Ziele - Einbezug der Klienten in Zielsetzung gibt besseres Outcome - Es wird erwähnt, dass erst wenig Untersuchungen zu diesem Thema vorhanden sind
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> Kohortenstudie <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="checkbox"/> Querschnittsstudie <input type="checkbox"/> Fallstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist eine Kohortenstudie mit Messwiederholung nach 12 Monaten. - Die Studie selbst erwähnt, dass es eine Langzeitstudie ist mit quantitativen und qualitativen Methoden - Alles Klienten mit ABI, Gruppe 1= Postakut (1.1 Jahr nach ABI), Gruppe 2= Langzeit (4.9 Jahre nach ABI) - Erfassung der Awareness mittels SADI - Es ist nicht konkret beschrieben, wie die Zielsetzungen stattfanden (allgemeines klinisches Interview), COPM wird als Beispiel erwähnt



	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Zielsetzungsmethode ist nicht klar angegeben (allgemeines klinisches Interview). Da uns jedoch mehr interessiert wie realistisch die Ziele waren mit Unawareness, ist das SADI das wichtigere Instrument für die BA. - Es ist unklar, wie viele ETs und Neuropsychologen an den Interviews beteiligt waren. Somit nicht nachvollziehbar, aus welcher Sicht die Ergebnisse betrachtet werden.
<p>STICHPROBE</p> <p>N = 60</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>So viele Klienten entsprachen den Einschlusskriterien</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 acquired brain injury Klienten (40 TBI, 16 CVI, 3 hypoxic brain injury, 1 Hirntumor), durchschnittsalter 38 Jahre - Es wurden 2 Subgruppen eingeteilt. - Die Gruppen sind bezüglich Ausbildung, Berufstätigkeit, Unfallgrund, Schweregrad des Unfalls ähnlich verteilt. - Gruppe 2 hat deutlich mehr Männer als Frauen - Gruppe 1 war durchschnittlich 5.7 Jahre jünger - Die Gruppen sind ungefähr gleich Gross (Gruppe 1= 28n, Gruppe 2= 32n) - Probanden aus 2 Spitälern und 2 Rehakliniken <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu den Einschlusskriterien gehörte die Beschaffung der informierten Einwilligung der Klienten an der Studie teilzunehmen - Die Ethikkommission der Rehasentren und der Universität genehmigten die Studie
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Bewertet für die Ergebnisse die wir weiterverwenden (also nur von SADI)</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</p> <p>Das SADI wurde zu Beginn und nach 12 Monaten durchgeführt.</p>

<p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja (SADI) <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben (Checkliste)</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja (SADI) <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben (Checkliste)</p>	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care),Produktivität, Freizeit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Awareness für Defizite - Awareness für die Auswirkung der Defizite - Fähigkeit realistische Ziele zu setzen (primärer Fokus auf diesen Bereich) 	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - SADI für Klienten - Checkliste für Angehörige um die Interviewer bei der Interpretation und Einschätzung der Awareness zu unterstützen
--	---	---

<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Es wurden keine Massnahmen angegeben. Die Klienten hatten während der Studie noch Therapie, (Gruppe 1 = outpatient rehabilitation through a hospital, Gruppe 2 = community-based rehabilitation (e.g. vocational support)). Genauer ist nicht beschrieben und nicht Inhalt der Studie</p>
<p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt</p>	
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zwischen den beiden Gruppen wurden weder zu Beginn noch nach 12 Monaten signifikante Unterschiede gemessen bezüglich der realistischen Zielsetzung. - McNemar Test ergab, dass keine signif. Veränderung bezüglich realistische Ziele setzen zwischen 1. Und 2. Assessment innerhalb der Gruppen - Analyse von allen Klienten (beide Gruppen miteinander) zeigte eine signifikante Verbesserung der Fähigkeit um realistische Ziele zu setzen.

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen, dass manche Klienten keine adäquate Awareness haben um realistische Ziele zu setzen. Deshalb sollte in der Anfangsphase der Therapie die Awareness verbessert werden bevor bedeutungsvolle Therapieziele gesetzt werden mit dem Klienten.

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M.,
1998 McMaster-Universität

TITEL:

Development of Self-Awareness After Severe Traumatic Brain Injury Through Participation in Occupation-Based Rehabilitation: Mixed-Methods Analysis of a Case Series

Doig, Kuipers, Prescott, Cornwell & Fleming (2014)

The American Journal of Occupational Therapy (2014), Volume 68, Number 5

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - herausfinden, wie sich die klientenzentrierte Zielsetzung bei Menschen mit Unawareness nach einer traumatischen Hirnschädigung auf die aktive Teilnahme, die Wichtigkeit der Ziele und die Klientenzentrierung auswirken. - Ebenfalls wollten die Autoren herausfinden, ob sich die Awareness durch die Therapie verändert.
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zielsetzung ist wichtig für Motivation etc. - Unawareness hat verschiedene Auswirkung auf Zielsetzung und Rehaprozess - Es soll herausgefunden werden, wie Klienten mit Unawareness auf den Zielsetzungsprozess reagieren, dies wurde bisher nicht untersucht
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fallstudie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> mixed-methods</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mixed method (quali und quanti) / Fallstudie - Es entsprach der Studienfrage, da die gewünschten Messungen mit den Assessments / dem Interview gemacht werden können <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p>

<p>STICHPROBE</p> <p>N = 8</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>So viele Klienten entsprachen den Einschlusskriterien</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 Probanden (6 Mann + 2 Frau) - Mittlere bis schwere Unawareness (4+4) - Angehörige (6 Eltern + 2 Partner) - Die Zeit seit dem TBI ist nicht ersichtlich <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu den Einschlusskriterien gehörte die Beschaffung der informierten Einwilligung der Klienten an der Studie teilzunehmen - Die relevante Ethikkommission genehmigte die Studie 		
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Bei mehreren Assessment ist die Validität und Reliabilität nicht bekannt</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post-follow up)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Awareness wurde 4x gemessen mittels MPAI-4 (alle 6 Wochen, pre- and postbaseline, midway, and postintervention) - Zu Beginn wurde SADI gemessen für Einstufung der Awareness - C-COGS durchgeführt nach der Zielsetzung (prebaseline) mit Klienten und Angehörigen um Zufriedenheit mit Zielen zu messen und Klientenzentriertheit - Interviews nach dem Interventionsprogramm mit Klienten und Angehörigen und Reheatem bezüglich Engagement in Zielsetzung und Entwicklung der Awareness <table border="1" data-bbox="639 1451 1394 1671"> <tr> <td data-bbox="639 1451 1018 1671">Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care),Produktivität, Freizeit)</td> <td data-bbox="1018 1451 1394 1671">Listen Sie die verwendeten Messungen auf</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - In den Ergebnissen ist nichts geschrieben bezüglich dem Engagement der Probanden im Zielsetzungsprozess. Auf diesen Punkt wird erst in der Diskussion nochmals eingegangen. 	Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care),Produktivität, Freizeit)	Listen Sie die verwendeten Messungen auf
Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care),Produktivität, Freizeit)	Listen Sie die verwendeten Messungen auf		
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 wöchiges ET-Programm auf Ziele der Klienten 		

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurde Kontaminierung vermieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> entfällt Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input checked="" type="checkbox"/> entfällt	ausgerichtet. - 6 Wochen in Tagesklinik und 6 Wochen zu Hause - Interventionen beinhalteten praktische Zielsetzungen-Aufgaben, angepasste Aufgaben nach nach Fähigkeiten, zusammenarbeitende Strategien herausfinden um Performanz zu steigern, Therapeutisches Feedback über Performanz, Nahziele setzen von Einheit zu Einheit, Heimübungsprogramm, etc.
ERGEBNISSE Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben <input type="checkbox"/> entfällt War(en) die Analyse(n) geeignet? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja	Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt? - manche Ergebnisse waren statistisch signifikant, andere trafen nur für einen Teil der Probanden zu Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung? Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?) - Von einem Probanden inkl. Angehörigem konnten nicht alle PAI-4 Daten gesammelt werden, weil sie nicht erreicht werden konnten.

<input type="checkbox"/> nein	
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - das COPM für die klientenzentrierte Zielsetzung bei Klienten mit Unawareness eingesetzt werden kann. - Bei Klienten die Schwierigkeiten haben ihre Betätigungsprobleme zu identifizieren, konnte mit dem COPM ein Konsens gefunden werden zwischen den Zielen der Klienten und den Einschränkungen die Angehörige erkannten. - Engagement in Zielen die bedeutungsvoll und wichtig sind für den Klienten bieten die Möglichkeit an schwierigkeitsangepassten, unterstützten Herausforderungen zu arbeiten. - Das Erleben von unerwarteten Herausforderungen und Verbesserungen kann de Awareness steigern und das Engagement der Klienten für die Rehabilitation verbessern <p>Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht valide / reliable Assessments - Zu kleine Probandengruppe für Generalisierung - Veränderung der Awareness nicht mit SADI sondern mit selbst- und Fremdeinschätzung des MPAI-4 gemessen