

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit

HILFSMITTELTRAINING- Empfehlungen für Ergotherapeuten

**Hilfsmitteltraining in der Ergotherapie bei Menschen mit
rheumatischen Erkrankungen**

Nicole Dudler
Sonnenhaldenstrasse 13a
9403 Goldach
Matrikelnummer: S09170770

Mira Grämiger
Breiteliweg 7
6064 Kerns
Matrikelnummer: S09170028

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2009
Eingereicht am:	15. Mai 2012
Betreuende Lehrperson:	Regula Kubli, Ergotherapeutin MScOT

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
1. Hilfsmitteltraining – Empfehlungen für Ergotherapeuten.....	3
1.1 Problemstellung.....	4
1.2 Begründung der Wahl.....	6
1.3 Praxispartner: Rheumaliga Zürich	7
1.4 Zielsetzung/Fragestellung.....	9
1.5 Relevanz und Stand der Forschung	9
1.6 Eingrenzung des Themas.....	10
1.7 Begriffsdefinitionen	11
2. Methode.....	13
2.1 Ein-/Ausschlusskriterien für Hauptstudien	13
2.2 Literaturrecherche.....	13
3. Theoretischer Hintergrund	16
3.1 Rheumatische Erkrankungen	16
3.2 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM).....	16
4. Studienresultate.....	20
4.1 Zusammenfassung der Hauptstudien	20
4.2 Kritische Bewertung der Literatur.....	25
4.3 Darstellung der Resultate aus den Hauptstudien.....	32
4.3.1 Gründe für den Nichtgebrauch.....	32
4.3.2 Ansätze	33
4.3.3 Instruktionmethoden.....	34
4.3.4 Setting.....	36
4.3.5 Therapeutisches Verhalten	37
5. Diskussion	38
5.1 Kritische Auseinandersetzung mit Resultaten	38
5.1.1 Gründe für den Nichtgebrauch.....	38
5.1.2 Ansätze	38
5.1.3 Instruktionmethoden.....	39
5.1.4 Setting.....	42
5.1.5 Therapeutisches Verhalten	45
5.2 Theorie-Praxis-Transfer.....	46

5.3	Zusammenarbeit mit der Rheumaliga.....	50
5.4	Limitationen	51
6.	Schlussfolgerungen	52
6.1	Offene Fragen und Zukunftsaussicht.....	52
7.	Verzeichnisse	55
7.1	Literaturverzeichnis.....	55
7.2	Abkürzungsverzeichnis.....	60
7.3	Abbildungsverzeichnis	60
7.4	Tabellenverzeichnis	61
7.5	Andere Quellen (persönliche Kommunikation)	61
Anhang.	63

*"Tell me and I'll forget.
Show me and I'll remember.
Involve me and I'll understand"*
(Konfuzius)

Abstract

Einleitung: Ergotherapeuten sind spezialisiert in der Analyse von Handlungen sowie in der Abgabe und im Gebrauch von Hilfsmitteln. Da Hilfsmittel von Personen mit rheumatischen Erkrankungen nach Abgabe oft nicht gebraucht werden, ist ein effektives Hilfsmitteltraining notwendig.

Ziel/Zweck: Das Ziel dieser literaturbasierten Arbeit ist es, anhand der Literatur über Hilfsmitteltraining bei rheumatisch erkrankten Menschen zu erarbeiten, wie das Hilfsmitteltraining durchgeführt werden sollte und welche Empfehlungen für Ergotherapeuten in der Praxis gegeben werden können.

Methode: Mittels einer Literaturrecherche in gesundheitspezifischen Datenbanken sowie Ein- und Ausschlusskriterien wurden sechs Studien ausgewählt und kritisch analysiert. Die Ergebnisse aus den Studien wurden in Themen eingeteilt und im Ergebnisteil beschrieben. Zudem fand ein Austausch mit der Rheumaliga Zürich statt.

Resultate: Um ein effektives Hilfsmitteltraining zu gestalten, ist Wissen über Ansätze, Gründe für den Nichtgebrauch, Instruktionmethoden, Setting sowie Wissen über therapeutisches Verhalten notwendig. Empfohlen wurden ein klientenzentrierter Ansatz und schriftliche sowie verbale Instruktionen im Einzel- oder Gruppensetting. Hausbesuche und der Einbezug von Angehörigen wurde klar bevorzugt. Zudem ist ein empathisches therapeutisches Verhalten indiziert.

Schlussfolgerung: Basierend auf der Literatur konnten Ergotherapeuten Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen gegeben werden. Durch die Bearbeitung des Themas ergaben sich offene Fragen und die Notwendigkeit weiterer Forschung.

Keywords: Occupational Therapy, Assistive Technology (Device), Assistive Technology (Device) Training, Patient Education and Rheumatic Diseases

Vorbemerkung

Unter Verfasserinnen sind in der gesamten Bachelorarbeit die Verfasserinnen dieser Arbeit gemeint. In der vorliegenden Arbeit werden englische Begriffe und Zitate von den Verfasserinnen frei ins Deutsche übersetzt. Begriffe aus der englischen Literatur werden in Klammern ergänzt, wenn die Bedeutung der Übersetzung nicht vollständig mit dem Originalbegriff übereinstimmt. Aus stilistischen Gründen wird jeweils die maskuline Form verwendet, welche sich, sofern nicht anders bezeichnet, auf beide Geschlechter bezieht. Gemäss Marotzki und Reichel (2007) wird aufgrund der wachsenden Bedeutung der Nutzerperspektive vermehrt der Begriff „Klient“ anstelle von „Patient“ verwendet. Aufgrund des aktuellen Paradigmas wird mit „Klient“ auch „Patient“ gemeint. Der Begriff gilt für beide Geschlechter.

1. Hilfsmitteltraining – Empfehlungen für Ergotherapeuten

“Sie können dieses Strumpfdings hierlassen...”(Czyganowski, 2009, S. 21). Diese Aussage scheint bei der Hilfsmittelversorgung in der Praxis keine Ausnahme zu sein.

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Hilfsmitteltraining bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen. Das Thema wurde aus der ergotherapeutischen Praxis an die Verfasserinnen herangetragen, da ein Mangel an Empfehlungen für ein effizientes Hilfsmitteltraining besteht.

Ergotherapie ist gemäss der World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2011) ein klientenzentrierter Gesundheitsberuf, welcher Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigungen (siehe Begriffsdefinition) fördert. Das primäre Ziel der Ergotherapie ist es Menschen zu befähigen Aktivitäten (siehe Begriffsdefinition) des täglichen Lebens erfolgreich durchzuführen.

Ergotherapeuten unterstützen gemäss der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2008) die Klienten, sich in Alltagsaktivitäten einzubinden, die für sie bedeutungs- und sinnvoll sind. Ergotherapeuten analysieren Aktivitäten, um die Anforderungen, die eine Aktivität an den Klienten stellt, zu ermitteln. Weiter bestimmen die Therapeuten, wie die Aktivitätsanforderungen (siehe Glossar) das Eingebundensein (engagement) in Betätigungen beeinflussen. Zudem haben Ergotherapeuten die Kompetenz, den Klienten ganzheitlich zu erfassen und diese Aspekte im Interventionsprozess einzubeziehen. Durch den Interventionsprozess wird das Eingebundensein in Betätigung zur Partizipation (siehe Glossar) im Kontext (siehe Glossar) ermöglicht (AOTA, 2008).

Zusammenfassend, kann also gesagt werden, dass Ergotherapeuten die Betätigungsperformanz (siehe Glossar) und die Aktivitätsanforderungen analysieren und daraus ableiten, welche Unterstützung dem Klienten bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten dienlich sein könnte.

Menschen mit rheumatischen Erkrankungen sind häufig in der Ausführung von Aktivitäten eingeschränkt. Die Schweizerische Polyarthritiker Vereinigung (2009) betrachtet das Versorgen mit Hilfsmitteln und angepassten Gegenständen als ein Mittel zum Bewältigen von Lebensanforderungen des rheumatisch erkrankten Menschen. Diese können im fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder während eines Entzündungsschubes viele Alltagsverrichtungen erleichtern. Ergotherapeuten bieten, gemäss Voelkerding und Garza (2004) ein breites Angebot von Dienstleistungen an, die Teil der Hilfsmittelversorgung sind. Dazu gehören das Erfassen der rheumatisch erkrankten Person (Evaluation), die Empfehlung eines geeigneten Hilfsmittels, die Anfertigung, die Anpassung, das Training und die Kontrol-

le der Hilfsmittel (Voelkerding et al., 2004). Damit Klienten ihre Hilfsmittel richtig einsetzen, müssen sie diese sachgerecht anwenden können (Czyganowski, 2009). Aus diesem Grund informieren Ergotherapeuten die Klienten über Hilfsmittel und trainieren deren Gebrauch. So zeigen sie z.B., wie ein Strumpfanzieher benutzt wird (Czyganowski, 2009). Ergotherapeuten sind qualifiziert, Hilfsmittel in der ergotherapeutischen Behandlung anzubieten (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2002 zitiert in Voelkerding et al., 2004). Die Ergotherapie ist bisher der einzige Beruf, bei dem Hilfsmittelberatung und -training gesetzlich verankert sind (Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), 2009, zitiert nach Czyganowski, 2009).

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass wenig Forschung über das Hilfsmitteltraining vorhanden ist. Diese Tatsache wurde in Diskussionen mit Fachpersonen bestätigt. Um das Thema Hilfsmitteltraining zu erweitern, ist die Patientenedukation (siehe Begriffsdefinitionen) ein weiterer Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Gemäss Mäkeläinen, Vehviläinen-Julkunen und Pietilä (2009) wird Patientenedukation gewöhnlich zu Themen wie Medikamentenhandhabung oder bezüglich Diagnosen durchgeführt. Die Patientenedukation kann jedoch auch ein wichtiges Thema beim Hilfsmitteltraining darstellen, denn mit dem Gebrauch von Hilfsmitteln zieht gemäss Fisher (2009) eine Verhaltensänderung einher. Der Klient muss je nach Einschränkung einige seiner bisherigen Gewohnheiten ablegen und bereit sein, neue Gewohnheiten zu trainieren (Fisher, 2009). Bei einer rheumatischen Erkrankung müssen sich Betroffene gemäss Ehlebracht-König und Bönisch (2002) im Verlauf immer wieder auf neue Situationen und Anforderungen einstellen. Gemäss Hill (2003) hat die Patientenedukation zum Ziel den Gesundheitsstatus des Klienten zu erhalten oder zu verbessern. Dies geschieht durch Verbesserung der Selbstwirksamkeit (siehe Glossar) und Ermutigung zu einer Verhaltensänderung (Hill, 2003). Zudem ist die Edukation wichtig, um eine Integration des Hilfsmittels in die Alltagsroutinen und Gewohnheiten zu gewährleisten (Rheumaliga Zürich, 2011). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Hilfsmitteltraining eine Verhaltensänderung mit sich zieht. Die Patientenedukation kann eine Verhaltensänderung unterstützen. Somit gehören diese beiden Themen zusammen und werden in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt.

1.1 Problemstellung

In der Literatur sowie in der Praxis wird beschrieben, dass Hilfsmittel nach der Abgabe aus diversen Gründen oft nicht benützt werden. Laut Scherer (2002, zitiert nach Dziedzic & Hammond, 2010) wird ein Drittel der abgegebenen Hilfsmittel nicht verwendet. Diese

Feststellung wird von Wessels, Dijcks, Soede, Gelderblom und De Witte (2003) bestätigt. Gemäss Harris (2010) sind Menschen mit einer Behinderung erfreut über die potentiellen Vorteile der Hilfsmittel zu Hause. Wie dem auch sei, die Hilfsmittel liegen trotzdem häufig ungebraucht herum (Harris, 2010).

Neville-Jan, Piersol, Kielhofner und Davis (1993) nennen folgende Gründe, warum die abgegebenen Hilfsmittel nicht mehr genutzt werden:

- Hilfsmittel passten nicht
- Klient oder Familie wusste nicht wie das Hilfsmittel zu gebrauchen ist
- Hilfsmittel waren defekt
- Klient fühlte sich nicht wohl mit dem Hilfsmittel
- usw.

So beobachteten Ergotherapeuten bei Hausbesuchen, dass die Hilfsmittel zum Teil noch in den Originalverpackungen aufbewahrt wurden oder dass Klienten sogar mehrere gleiche Hilfsmittel hatten (Neville-Jan et al., 1993). Laut Gitlin (1995, zitiert nach Schemm & Gitlin, 1998) erhielten Klienten teilweise unangemessene oder mangelhafte Instruktionen bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs. Die Verfasserinnen sowie Verena Langlotz, Ergotherapeutin der Rheumaliga Zürich, sind der Ansicht, dass dies Faktoren sind, die mittels eines effizienten Trainings der Hilfsmittel verhindert werden können. Weiter sind sie der Meinung, dass wenn das Wissen bezüglich der Handhabung eines Hilfsmittels fehlt, die Hilfsmittel nicht angewendet werden.

Langlotz (persönliche Kommunikation, 4. November, 2011) hat erwähnt, dass das Hilfsmitteltraining bisher nicht nachhaltig gewesen ist. Sie fand bei Hausbesuchen verschlossene Verpackungen der zuvor durch andere Fachpersonen abgegebenen Hilfsmittel vor, wie schon oben von Neville-Jan et al. (1993) erwähnt worden ist (V. Langlotz, persönliche Kommunikation, 4. November, 2011). Ein weiterer Punkt, den Langlotz genannt hat, sind die fehlenden Richtlinien und Empfehlungen sowie eine Systematik, die erläutern wie ein effizientes Hilfsmitteltraining durchgeführt werden sollte (V. Langlotz, persönliche Kommunikation, 4. November, 2011). Schemm et al. (1998) beschreiben ebenfalls den bestehenden Mangel an Methoden, welche Therapeuten anwenden können, um den Klienten den Hilfsmittelgebrauch lehren zu können.

Ähnliche Erfahrungen machten die Verfasserinnen in ihren Praktika im Arbeitsbereich Rheumatologie bezüglich Hilfsmittelversorgung. Sie beobachteten, dass jede Ergotherapeutin ihre eigenen Strategien entwickelt, wie sie die Hilfsmittelberatung und

-versorgung durchführt. Weiter wurde das Fehlen eines Trainings mit den abgegebenen Hilfsmitteln deutlich, was zu einem Nichtgebrauch führte. Den Verfasserinnen scheint zum Beispiel die kurzfristige Abgabe von Hilfsmitteln vor der Entlassung, ineffizient zu sein. Es kam vor, dass die Hilfsmittel am letzten Tag bestellt und direkt zum Klienten nach Hause gesandt wurden. Somit wurde kein Hilfsmitteltraining durchgeführt. Die fehlende Zeit scheint den Verfasserinnen ein Grund für diese späte Abgabe zu sein. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Hilfsmittel häufig gar nicht oder nicht nutzbringend eingesetzt werden. Dies hat die Rheumaliga Zürich (2011) bestätigt.

Nebst den zuvor genannten Aspekten verbirgt sich im Thema Hilfsmitteltraining ein finanzieller Aspekt. Die Versicherungen und Krankenkassen zeigen sich skeptisch gegenüber der positiven Auswirkung der Kostengutsprache. Sie wollen unnötige Investitionen vermeiden. Diese Bedenken können sich auf die Bereitschaft zur Finanzierung auswirken (Bruckmann, Ly Cam, Paland & Signoroni, 2010). Es entstehen unnötige Mehrkosten zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten, da nach der Verordnung und Auslieferung die Hilfsmittel oft nicht benützt werden (Habermann & Kolster, 2009).

1.2 Begründung der Wahl

Der Bereich der Orthopädie, speziell die Rheumatologie interessiert die Verfasserinnen sehr. Einerseits setzen sie sich gerne mit Krankheitsbildern im Rheumabereich auseinander und andererseits finden sie die Aufgaben der Ergotherapie in diesem Bereich, wie z.B. die Hilfsmittelversorgung spannend. Die Verfasserinnen machten viele bereichernde Erfahrungen mit Klienten in diesem Arbeitsbereich und schätzen die Zusammenarbeit mit ihnen. Das persönliche Anliegen der Verfasserinnen ist es, Hilfsmittel, welche optimal auf den Klienten abgestimmt sind und zum Gelenkschutz, Erhaltung der Selbständigkeit sowie zur Schmerzreduktion im Alltag dienen, abzugeben und zu trainieren.

Beide Verfasserinnen machten ein Praktikum in der Handtherapie und sammelten dabei Erfahrungen in der Hilfsmittelversorgung bei Klienten mit rheumatischen Erkrankungen. Sie waren bei der Hilfsmittelberatung und -versorgung sehr engagiert. Leider wurde, wie bereits in der Problemstellung geschildert, die Erfahrung gemacht, dass die Hilfsmittel zum Teil nicht genutzt oder zu viele Hilfsmittel abgegeben wurden. Neben den negativen Erfahrungen konnten jedoch auch positive Erfahrungen gesammelt werden. Die Klienten sind in der Regel dankbar für Hilfsmittel, die ihnen den Alltag erleichtern und somit die Lebensqualität verbessern. Dabei haben die Verfasserinnen die Wichtigkeit einer effizienten Hilfsmittelversorgung, welche das Hilfsmitteltraining beinhaltet, erkannt.

1.3 Praxispartner: Rheumaliga Zürich

Die vorliegende Bachelorarbeit ist ein praxisorientiertes Projekt. Die Zusammenarbeit mit der Rheumaliga Zürich stellt einen Teil der Arbeit dar. Aus diesem Grund wird die Dachorganisation Rheumaliga Schweiz sowie die Rheumaliga Zürich im folgenden Abschnitt vorgestellt. In diesem Zusammenhang werden wichtige Informationen über rheumatische Erkrankungen geschildert.

Die Rheumaliga Schweiz wurde 1958 gegründet und fördert seither die Bekämpfung von rheumatischen Erkrankungen. Die Nonprofit-Organisation will mit ihren Leistungen auf die Bedürfnisse eingehen, die weder von der öffentlichen Hand noch von gewinnorientierten Anbietern ausreichend abgedeckt werden. Sie besteht aus der Zentrale, der Geschäftsstelle, den kantonalen und regionalen Rheumaligen mit ihren Beratungsstellen und den Patientenorganisationen (Rheumaliga Schweiz, o.D. a). Im Zentrum steht der Mensch mit seinem Bedürfnis nach gesundheitlichem Wohlbefinden, Beschwerdefreiheit und Lebensqualität. Einerseits werden gesunde Menschen durch Prävention und Information bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt. Andererseits erhalten Menschen mit eingeschränkter Gesundheit Hilfe durch medizinische, therapeutische, soziale und präventive Massnahmen (Rheumaliga Schweiz, o.D. a).

Gemäss der Rheumaliga Schweiz (o.D. b) werden unter Rheuma verschiedene Erkrankungen an Gelenken und Knochen und den dazugehörigen Weichteilen (Muskeln, Sehnen und Bändern) verstanden. Es sind mehr als 200 verschiedene rheumatische Erkrankungen bekannt, die sich in vier Kategorien einteilen lassen:

- Degenerative Erkrankungen (Abnützung)
- Entzündliche Erkrankungen
- Weichteilrheumatismus
- Knochenerkrankungen

Die meisten rheumatischen Erkrankungen verursachen akute oder chronische Schmerzen, welchen den Menschen als Ganzes beeinflussen. Der Mensch ist durch den Schmerz in seinem Alltag beeinträchtigt (Rheumaliga Schweiz, o.D. b).

Die Rheumaliga Schweiz (o.D. c) ist der Meinung, dass Menschen mit Rheuma und deren Angehörige gezielt, bedarfsgerecht und koordiniert unterstützt werden sollen. Diese Unterstützung hat zum Ziel, den Betroffenen eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewähren.

Um dies zu erreichen ist die Rheumaliga in folgenden Bereichen tätig:

- Information

- Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Prävention
- Sozialarbeit
- Unterstützung von Fachpersonen
- Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe
- Therapie (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie und Psychotherapie)
- Vertretung der Interessen der Rheumakranken
- Politik (Gesundheits-, Sozial- und Behindertenpolitik)
- Förderung der Forschung im Bereich der Rheumakrankheiten

Die Rheumaliga fördert und unterstützt gezielt Forschung in den Bereichen Epidemiologie, Klinik, Prävention, Behandlung und Beratung. Gemäss der schweizerischen Rheumaliga steht die Förderung einer ganzheitlichen und interdisziplinären Betrachtungsweise im Vordergrund (Rheumaliga Schweiz, o.D. a). Die Rheumaliga Schweiz bietet Hilfen an, die den Betroffenen den Alltag erleichtern können. Die Alltagshilfen können telefonisch oder im Online-Shop auf ihrer Homepage bestellt werden. Bei Fragen steht die Rheumaliga für Beratungen zur Verfügung (Rheumaliga Schweiz, o.D. d).

Die Rheumaliga Zürich, Praxispartner dieser Arbeit, bietet ebenfalls verschiedene Dienstleistungen an. In Bewegungskursen können Betroffene ihren Bewegungsapparat stärken oder präventiv etwas für ihre Gesundheit tun. An Veranstaltungen, Vorträgen und in Broschüren werden Interessierte rund um das Thema Rheuma informiert. Zudem können kostenlose Beratungen genutzt werden. Sie bieten ein Gesundheitstelefon, Sozialberatungen, ärztliche sowie ergotherapeutische Beratungen im ganzen Kanton Zürich an (Rheumaliga Zürich, o.D. a). Die Rheumaliga Zürich bietet im Bereich der Ergotherapie Einzelberatungen, Abklärungen zu Hause oder am Arbeitsplatz, Vorstellung und Abgabe von Hilfsmitteln sowie Instruktionen zur Verbesserung der Gelenkfunktion im täglichen Arbeitsablauf an (Rheumaliga Zürich, o.D. b). Anzumerken ist, dass 90 % der Alltagshilfen direkt verkauft werden. Das heisst Betroffene können bei der Rheumaliga Zürich die Hilfsmittel anschauen, ausprobieren und mitnehmen (V. Langlotz, persönliche Kommunikation, 10. April, 2012).

Im Auftrag der Rheumaliga Zürich und deren Ergotherapeutin Verena Langlotz soll in dieser Bachelorarbeit das Thema Hilfsmitteltraining aufgegriffen werden und Empfehlungen für Ergotherapeuten bezüglich eines Hilfsmitteltrainings für rheumatisch erkrankte Menschen erarbeitet werden.

1.4 Zielsetzung/Fragestellung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, anhand der Literatur über Hilfsmitteltraining bei rheumatisch erkrankten Menschen zu erarbeiten, wie das Hilfsmitteltraining durchgeführt werden sollte und welche Empfehlungen für Therapeuten in der Praxis gegeben werden können.

Daraus lässt sich die nachfolgende Fragestellung ableiten:

Welche evidenzbasierten Empfehlungen werden Ergotherapeuten in der Literatur bezüglich eines effektiven Hilfsmitteltrainings für rheumatisch erkrankte Menschen gegeben?

1.5 Relevanz und Stand der Forschung

Gemäss der Rheumaliga Schweiz (o.D. b) ist Rheuma die häufigste Volkskrankheit in der Schweiz. Rund 1.5 Millionen Menschen leiden in der Schweiz an rheumatischen Beschwerden. Geschätzte 300'000 Menschen leben in der Schweiz mit schweren, chronischen Rheumaformen, welche mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit einhergehen können. Laut der Rheumaliga Schweiz (o.D. b) verursacht Rheuma Kosten in Milliardenhöhe. Jede vierte Invaliditätsrente wird aufgrund einer rheumatischen Erkrankung gesprochen (Rheumaliga Schweiz, o.D. b).

Gemäss Rogers und Holmes (1992, zitiert nach Dziedzic et al., 2010) gehören Personen mit einer rheumatischen Erkrankung zu einer der grössten Gruppen, welche Hilfsmittel gebrauchen. Habermann et al. (2009) betonen, dass die Schulung im Gebrauch des Hilfsmittels ein relevanter Punkt ist. Je automatisierter die Anwendung werde, desto sicherer werde das Hilfsmittel verwendet. Im literarischen Überblick von Wessels et al. (2003) werden ein gutes Training oder Instruktionen für notwendig betrachtet. Zudem könne das Problem des Nichtgebrauchs verhindert werden, wenn der Gebrauch der Hilfsmittel in das alltägliche Leben integriert werde. Laut Edward und Jones (1998, zitiert nach Chiu & Man, 2004) können Hilfsmittel Behinderungen kompensieren, Einschränkungen in der Partizipation reduzieren und somit die Selbständigkeit und die Lebensqualität verbessern. Hilfsmittel verbessern die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich (Thyberg, Hass, Nordenskiöld & Skogh, 2004).

In einer vorangegangenen Bachelorarbeit (Andres & Bürklin, 2011) wurde der evidenzbasierte Hilfsmittelversorgungsprozess für die Ergotherapie im deutschsprachigen Kulturraum behandelt. In der eben genannten Bachelorarbeit wird das Matching Person and Technology Modell (MPT, siehe Glossar) mit dazugehörigem Assessment, welches von Marcia Scherer (1986) entwickelt wurde, als Grundlage für den Hilfsmittelversorgungsprozess bei

rheumatisch erkrankten Klienten empfohlen. Diese Bachelorarbeit zeigt die Notwendigkeit der Entwicklung eines Hilfsmitteltrainings auf. Dieses sei im MPT-Modell nicht enthalten. Goodman, Tiene und Luft (2002) betonen ebenfalls die Wichtigkeit, das MPT durch einen vierten Bereich, das Training, zu ergänzen.

Schemm et al., (1998) beschreiben in ihrer Studie, wie Ergotherapeuten Menschen in der Rehabilitation den Gebrauch von spezifischen Hilfsmitteln lehren und zeigen Aspekte eines Hilfsmitteltrainings auf. Weiter zeigen die Autoren Schemm et al. (1998) als Schlussfolgerung ihrer Studie auf, dass mehr Forschung bezüglich der Langzeiteffektivität eines Hilfsmitteltrainings für die Phase nach der Entlassung nötig ist. In der Literatur wird immer wieder erwähnt, dass weitere Forschung im Bereich des Hilfsmitteltrainings notwendig ist (Wessels et al., 2003; Goodman et al., 2002; Schemm et al., 1998; Wielandt & Strong, 2000).

Ein weiterer Aspekt, der in Bezug zum Hilfsmitteltraining als wichtig erscheint, ist die Patientenedukation. Denn gemäss Hammond (2004) ist Patientenedukation, nebst Hilfsmitteln, ein effektives Mittel um Funktionen zu erhalten. Laut Nordenskiöld, Grimby & Dahlin-Ivanoff (1998) kann eine Behinderung mittels Patientenedukation und Hilfsmitteln in eine positive Richtung beeinflusst werden. Wie in der Einleitung beschrieben, steht das Thema der Patientenedukation im Zusammenhang mit dem Thema Hilfsmitteltraining. Nach Niedermann, Fransen, Knols und Uebelhart (2004) gibt es Reviews über Patientenedukationsprogramme für Klienten mit rheumatischen Erkrankungen, die gebräuchliche Strategien und deren Effektivität eruiert haben.

Die Rheumaliga Zürich hat das Thema Hilfsmitteltraining an die Verfasserinnen herangebracht, damit Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining im Rahmen einer Bachelorarbeit erarbeitet werden können. Dies zeigt das bestehende Bedürfnis aus der Praxis auf.

1.6 Eingrenzung des Themas

In dieser Bachelorarbeit liegt der Fokus auf dem Training bei erwachsenen Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung. Es geht darum, nach der Hilfsmittelauswahl den Gebrauch des Hilfsmittels zu trainieren. Die Auswahl der Hilfsmittel wird in dieser Bachelorarbeit nicht behandelt, da bereits ein parallel laufendes Projekt über den Prozess der Auswahl von Hilfsmitteln bearbeitet wird. Die Aufmerksamkeit wird auf das Training, nachdem das richtige Hilfsmittel eruiert wurde, gerichtet. Patienten mit Rheuma benötigen häufig Hilfsmittel zum Gelenkschutz (Prävention) oder für die Ausführung von Aktivitäten (Betätigung ermöglichen).

Folgend werden die zwei Kernthemen der Hilfsmittelversorgung grafisch dargestellt:



Abbildung 1. Kernthemen der Hilfsmittelversorgung

Exkurs Prävention: Gemäss der Rheumaliga Schweiz ist die funktionelle Unabhängigkeit des Menschen eine wichtige Voraussetzung für die soziale, berufliche und gesellschaftliche Integration. Die primäre Prävention hat den Zweck, die ursprüngliche Gesundheit zu erhalten. Die sekundäre Prävention hat das Ziel, Wiedergenesene vor Rückfällen zu bewahren und die tertiäre Prävention beabsichtigt, eingeschränkte Funktionen zu verbessern und weitere Verschlechterungen zu verhindern (Rheumaliga Schweiz, o.D. a).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf dem Thema der Ermöglichung von Betätigung mittels eines effizienten Hilfsmitteltrainings. Das Thema der Prävention (Gelenkschutz) wird ausser Acht gelassen, da es bereits diverse Arbeiten dazu gibt (Vgl. Niedermann, 2010). Die Verfasserinnen beschränken sich in dieser Arbeit auf Alltagshilfen für rheumatisch erkrankte Menschen. Dies sind Hilfsmittel wie z.B. Greifzangen, Griffverdickungen, Badwannenbretter, Anziehhilfen oder Hilfen für die Körperpflege. Orthopädische und technisch-elektronische Hilfsmittel, wie z.B. Prothesen, Brillen, Hörgeräte, Rollstühle und Treppenlifte werden ausser Acht gelassen (siehe Ein- und Ausschlusskriterien, Kapitel 2.1).

1.7 Begriffsdefinitionen

In dieser Arbeit wird Fachliteratur in deutscher und englischer Sprache verwendet, in welcher Begriffe mit unterschiedlichen Bedeutungen und Übersetzungen zu finden sind. Für die folgenden Definitionen der Begriffe wurden Wörterbücher und Nachschlagewerke in deutscher sowie englischer Sprache verwendet. Zudem wurde ergotherapeutische Fachliteratur beigezogen. Im Folgenden werden die wichtigsten Definitionen aufgeführt, weitere Begriffe sind im Glossar im Anhang zu finden.

Tabelle 1. Begriffsdefinitionen

Hilfsmittel/ Assistive Technology	International anerkannte Definition: "Any item, piece of equipment or product, whether acquired commercially off the shelf, modified, or customized, that is used to increase, maintain, or improve the functional capabilities of individuals with disabilities" (Technology-related assistance of individuals with disabilities Act of 1988 (PL 100-407) zitiert nach Scherer, 2002, S. 1).
Rheumatologie	„Lehre von der Entstehung, Behandlung u. Verhütung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“ (Pschyrembel, 2007, S. 1662).
Rheumatische Erkrankung	Bezeichnung „[...] für Erkrankungen des Bindegewebes u. schmerzhafte Störungen des Bewegungsapparats, die sämtlich potentiell zur Ausbildung chron. Symptome führen können; Sammelbez. für viele Erkrankungen unterschiedl. Ätiologie [...]“ (Pschyrembel, 2007, S. 554).
Patienten- edukation	Der Begriff der Patientenedukation wird gemäss Pschyrembel (2007) folgendermassen definiert: „Information, Beratung und Training von Patienten hinsichtlich des Umgangs mit ihrer Erkrankung [...]“ (S. 483).
Hilfsmitteltraining	In der Arbeit wird von Hilfsmitteltraining gesprochen und wird als freie Übersetzung des in der englischen Literatur (Schemm et al., 1998) vorgefundenen Begriffes „assistive device training“ verwendet. Eine konkrete Definition für „Hilfsmitteltraining“ konnte nicht ausfindig gemacht werden. Es geht bei diesem Begriff, nach dem Verständnis der Verfasserinnen, um das Erlernen und Üben des Gebrauches eines Hilfsmittels mittels Instruktionen.
Aktivität	Das ICF definiert Aktivität als “[...] die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen” (World Health Organization [WHO], 2005).
Betätigung	Gemäss dem AOTA-Framework wird Betätigung als “[...] Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung belegt sind“ (Götsch, 2007, S. 80).
Occupation	„When activity is meaningful and purposeful, we call it occupation” (Fisher, 1998, zitiert nach Fisher, 2009).

2. Methode

2.1 Ein-/Ausschlusskriterien für Hauptstudien

Es sind nur Studien einbezogen worden, in denen es um das Thema Hilfsmitteltraining (assistive device training) und um typische Alltagshilfen für Personen mit rheumatischen Erkrankungen, wie z.B. Badewannenbretter oder Anziehhilfen geht. Elektronische Hilfsmittel, Hilfsmittel für die Mobilität (Rollstühle,...) oder Prothesen wurden bei der Recherche ausgeschlossen. Diese Einschränkung ist aufgrund der Zusammenarbeit mit der Rheumaliga Zürich und deren Hilfsmittelangebot gemacht worden. Das Setting der Studie konnte in der Klinik (Rehabilitation), zu Hause beim Klienten oder in einem Ambulatorium sein, da das Hilfsmitteltraining an diversen Orten durchgeführt wird. Die Teilnehmer der Studien mussten erwachsen sein und durften keine kognitiven Einschränkungen haben. Kognitive Einschränkungen sind ausgeschlossen worden, da dieses Defizit ein spezielles Hilfsmitteltraining gefordert hätte und der Rahmen dieser Arbeit gesprengt worden wäre. Zudem sind rheumatische Erkrankungen nicht mit kognitiven Einschränkungen verbunden. Der Fokus der Literaturrecherche lag auf rheumatisch erkrankten Menschen. In der Stichprobe der Studien musste mindestens ein Anteil der Teilnehmer Einschränkungen im orthopädischen Bereich haben. Es mussten Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining (Art des Trainings oder der Instruktion) ableitbar sein. Ein weiteres Einschlusskriterium haben Informationen bezüglich der Patientenedukation für rheumatisch erkrankte Menschen dargestellt. Die genannten Aspekte sind relevant zur Beantwortung der formulierten Forschungsfrage gewesen. Die Themen Gelenkschutz (joint protection), Selektion von Hilfsmitteln und Training für Angestellte wurden bei der Literaturrecherche ausgeschlossen.

2.2 Literaturrecherche

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist mittels einer kritischen Literaturübersicht beantwortet worden. In folgenden Datenbanken wurde nach geeigneter Primärliteratur mit qualitativen oder quantitativen Methoden recherchiert: CINAHL, AMED, COCHRANE, HEALTH-SOURCE: NURSING / ACADEMIC EDITION, MEDLINE und OT SEEKER. Da die Patientenedukation gemäss Definition ein Bereich der Pflege darstellt, wurde die Datenbank der Pflege (Health-source: nursing/academic edition) miteinbezogen. Folgende Schlagwörter wurden in Kombinationen (siehe Tabelle 2) mit den boolschen Operatoren AND/OR in den genannten Datenbanken eingegeben: Occupational Therapy, Assistive Technology (Device), Assistive Technology (Device) Training, Patient Education und Rheumatic Diseases. Mit diesen Schlagwörtern, wurden zehn mögliche Kombinationen

kreiert, mit welchen konsequent in allen Datenbanken nach geeigneter Literatur gesucht wurde. Die Literatur wurde nicht auf einen Zeitraum limitiert, da durch Diskussionen mit Fachpersonen vermutet wurde, dass wenig aktuelle Literatur zum Thema Hilfsmitteltraining vorhanden ist. Nur bei der Datenbank OT-Seeker wurde eine Zeitlimitierung eingefügt (ab 2000), da diese Datenbank eine sehr hohe Trefferzahl bot. Anhand der Titel der erhaltenen Treffer wurde über die Relevanz für das Thema entschieden. Von der relevanten Literatur wurde der Volltext gesucht und das Abstract gelesen und somit weiter ausselektiert. Bei einschlägigen Publikationen wurde die Referenzliste überprüft und somit die Literaturrecherche vertieft. Eine ausführliche Darstellung der Literaturrecherche befindet sich im Anhang.

Nach weitläufiger Suche konnte ein Sättigungseffekt der Literatur wahrgenommen werden. Die erhaltene Literatur wurde in einer Liste gesammelt und die Relevanz nochmals durch das Lesen der jeweiligen Texte geprüft. Zudem wurde die gefundene Literatur anhand von den Verfasserinnen definierten Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der Verwendbarkeit für die Fragestellung untersucht und ausselektioniert. Daraus konnten sechs Hauptstudien eruiert werden. Diese Studien wurden anhand der Formulare zur Beurteilung quantitativer und qualitativer Studien von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland (1998a, 1998b) beurteilt.

Es wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur beachtet. Die Literatur musste im Netzwerk von Bibliotheken in der Schweiz (NEBIS) bestellt werden können oder online vorhanden sein. Weiter musste die Literatur in elektronischen Zeitschriften der Bibliotheken des Kantons Zürich oder durch eine Anfrage an die jeweiligen Autoren erhältlich sein. Für die Diskussion der Ergebnisse wurde weiterführende Fachliteratur recherchiert. Durch die Zusammenarbeit mit der Rheumaliga Zürich, in Form von Gesprächen, wurde ein konkreter Theorie-Praxis-Transfer möglich.

Tabelle 2. Schlüsselwörter für Literaturrecherche

Schlüsselwörter	Keywords/ Stichwörter	Synonyme, Unterbegriffe, Oberbegriffe	Schlagwörter
Ergotherapie	Occupational Therapy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OT ▪ Therapist ▪ Therapeutics ▪ Occupational therapist 	Occupational Therapy
Hilfsmittel	Assistive Device	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aid(e)s 	Assistive Technology

Fortsetzung Tabelle 2.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Support ▪ Self-help devices ▪ Supply with technical aids ▪ Appliances ▪ Need for technical aids ▪ Assistive technology (device) ▪ Auxiliary device ▪ Assistive equipment supply ▪ Adaptive Equipment ▪ Adaptive Device 	Assistive Device
(Hilfsmittel-) Training	Training	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exercise ▪ Course of instruction ▪ Application ▪ Training programs ▪ Assistive device training ▪ Equipment Training ▪ Instruction ▪ Therapeutic teaching instructions 	Training Assistive device training
Patientenedukation	Patient Education	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient education ▪ Counseling ▪ Instruction 	Patient Education
Rheuma	Rheumatism	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arthritis ▪ Rheumatoid ▪ Rheumatic disorder ▪ Arthrosis ▪ Joint pain 	Rheumatic Diseases

Mit folgenden Wortkombinationen wurde in allen oben aufgelisteten Datenbanken auf relevante Literatur recherchiert:

1. Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device OR Assistive Technology)
2. Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)
3. Occupational Therapy AND Patient Education

4. Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases
5. (Assistive Technology Device OR Assistive Technology) AND Assistive (Technology Device Training OR Assistive Technology Training)
6. (Assistive Technology Device OR Assistive Technology) AND Patient Education
7. (Assistive Technology Device OR Assistive Technology) AND Rheumatic Diseases
8. (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training) AND Patient Education
9. (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training) AND Rheumatic Diseases
10. Patient Education AND Rheumatic Diseases

3. Theoretischer Hintergrund

3.1 Rheumatische Erkrankungen

In den westlichen Industrienationen machen gemäss Nisius (2007) rheumatische Erkrankungen etwa 20 % aller Diagnosen aus. "Zum rheumatischen Formenkreis gehören viele Erkrankungen, die zum einen den Stütz- und Bewegungsapparat betreffen, aber auch das Bindegewebe (Kollagenosen) und die Gefässe (Vaskulitiden)" (Nisius, 2007, S. 470). Bei diesen Erkrankungen handelt es sich laut Nisius (2007) um Systemerkrankungen. Dies sind Erkrankungen, die den gesamten Organismus betreffen und deren Ursache häufig unklar ist. Die Mehrzahl rheumatischer Erkrankungen wird durch genetische Disposition und Autoimmunmechanismen beeinflusst. Rheumatische Erkrankungen können laut Nisius (2007) nach pathogenetischen Kriterien eingeteilt werden:

- Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen (Arthriden, Kollagenosen, Vaskulitiden)
- Nichtentzündliche degenerative Erkrankungen
- Weichteilrheumatische Erkrankungen, welche ausschliesslich nichtartikuläre Strukturen wie Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel betreffen

3.2 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Um aufzuzeigen wo das Hilfsmitteltraining im ergotherapeutischen Prozess stattfindet, ist das ergotherapeutische Modell "Occupational Therapy Intervention Process Model" ausgewählt worden. Im Folgenden wird das von Anne Fisher entwickelte Modell vorgestellt und ein Bezug zum Hilfsmitteltraining gemacht. Folgende Ausführungen stützen sich auf den Modellbescrieb von Fisher (2009).

Das OTIPM ist ein Modell für Ergotherapeuten, welches den Fokus auf die Betätigung legt. Ziel vom OTIPM ist es, den Therapeuten eine Struktur zu geben, um das professionelle Reasoning (siehe Glossar) zu leiten. Das Modell basiert auf folgenden Grundannahmen:

- Jeder Klient ist einzigartig und hat den Willen sich in Aktivitäten, welche für die Person bedeutungsvoll und zielgerichtet sind, einzubinden (engage)
- Einbezug vom Klienten in der bedeutungsvollen und zielgerichteten Betätigung stellt den zentralen Fokus der Ergotherapie dar
- Therapeutischer Gebrauch von Betätigung ist das grundlegende Mittel zur Förderung der Möglichkeiten des Klienten, sich in die Betätigung einzubinden
- Grundlegendes Ziel ist das Erreichen der Einbindung in bedeutungsvolle und zielgerichtete Betätigung

Zentrale Begriffe des Modells sind die Klientenzentriertheit, der Top-down Ansatz und die Betätigungsbasierung (siehe Glossar). Fisher (2009) stellt den ergotherapeutischen Interventionsprozess schematisch dar. Das Hilfsmitteltraining ist Teil dieses Prozesses. Die Einordnung des Hilfsmitteltrainings im Interventionsprozess ist in Abbildung 2 auf der folgenden Seite ersichtlich.

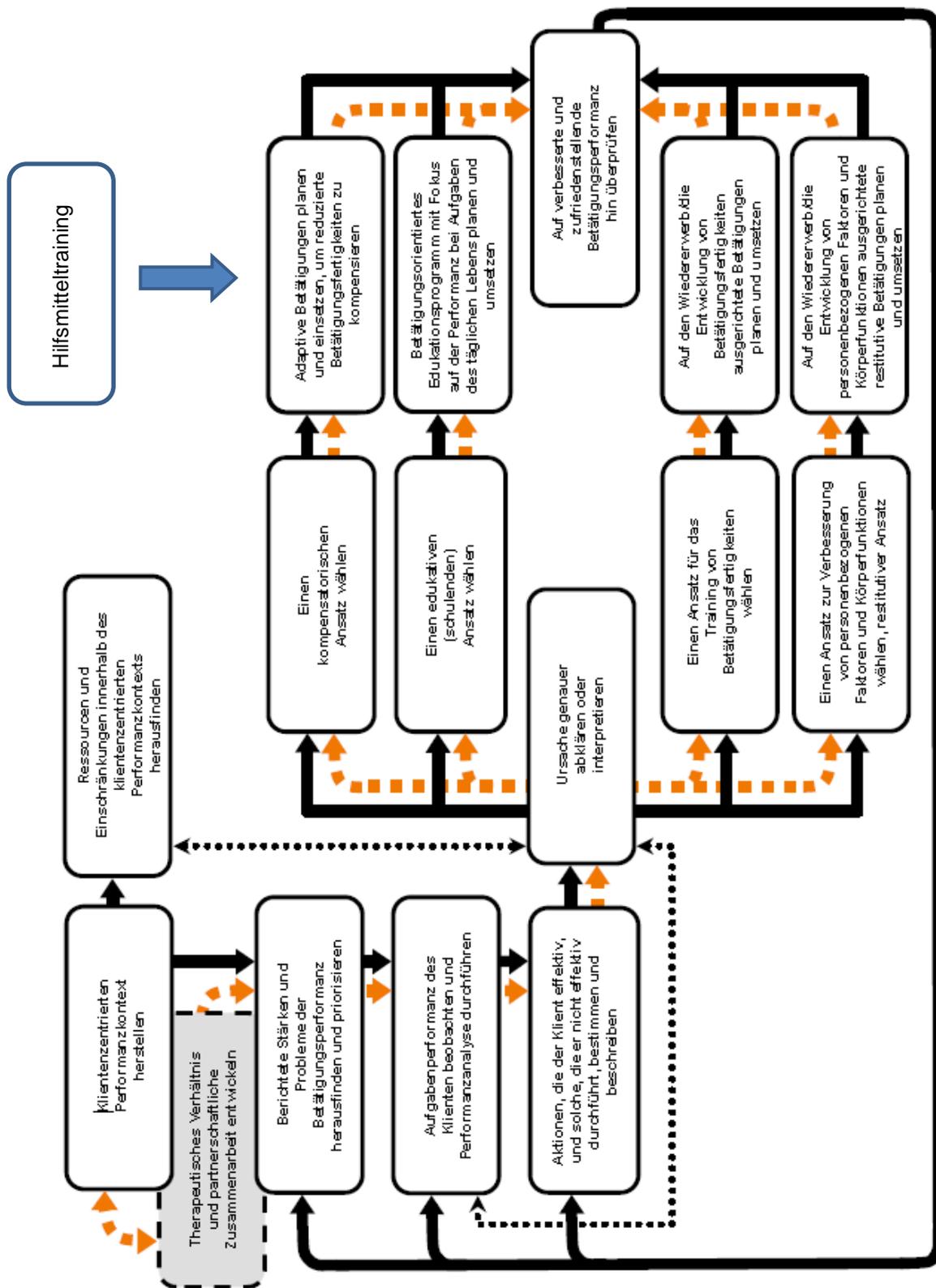


Abbildung 2. Schematische Darstellung vom Occupational Therapy Intervention Process Model. Adaptiert aus Fisher (2009), Übersetzung B. Dehnhardt und S. George, Version (25.09.2011)

Das Hilfsmitteltraining kann im OTIPM dem Bereich der adaptiven Betätigung (Vgl. Abb.3) zugeordnet werden. Die Verwendung von Hilfsmitteln, die Unterstützung durch eine andere Person oder Durchführung von Alltagsaktivitäten in einer alternativen Form ist Inhalt der adaptiven Betätigung. Im Fokus steht die Kompensation von verminderten Betätigungsfertigkeiten durch die in Abbildung 3 genannten Strategien. Das Ziel ist es, den Klienten zu befähigen, Aktivitäten in einer Form, welche nicht typisch ist, durchzuführen (Fisher, 2009).

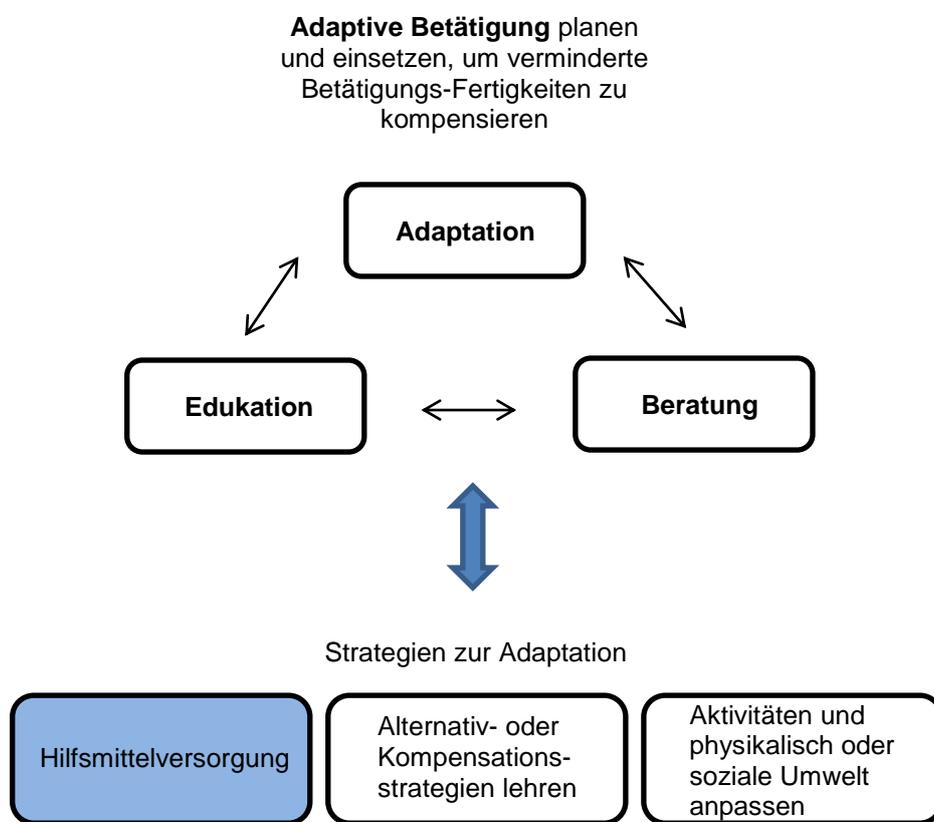


Abbildung 3. Schematische Darstellung der adaptiven Betätigung (Original in Fisher, 2009, S.37)

4. Studienresultate

4.1 Zusammenfassung der Hauptstudien

Folgende sechs Studien wurden als Hauptliteratur der vorliegenden Arbeit verwendet und sind in Tabelle 3 in einer Übersicht dargestellt.

- Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger, C. (1993). Adaptive Device Use by Older Adults With Mixed Disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(2), 149-52 (36 ref).
- Neville-Jan, A., Piersol, C. V., Kielhofner, G. & Davis, K. (1993). Adaptive Equipment: A Study of Utilization After Hospital Discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(4), 3-18.
- Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 276-282.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2001). Post Discharge Use of Bathing Equipment Prescribed by Occupational Therapists: What Lessons to Be Learned? *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(3), 49-65.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.
- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. M. (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2058-2065. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02763.x

Tabelle 3. Übersicht der Hauptstudien

Studie	Typ/Design/ Massnahme	Ziel/Zweck	Teilnehmer/ Diagnose	Hilfsmittel	Relevanz	Beurteilung
Gitlin et al. (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitativ ▪ 1. Pilotstudie: Vorher-Nachher-Design ▪ 2. Pilotstudie: Querschnitts-Design 1. Interviews (persönlich und per Telefon) 2. Schriftliche Umfrage 	<p>Hilfsmittelgebrauch zu Hause untersuchen</p> <p>→ aus der Perspektive von älteren Personen (1. Pilotstudie), die Rehabilitation entlassen wurden und aus der Perspektive von Therapeuten (2. Pilotstudie), die Hausbesuche durchführen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. N=13 / 2. N=31 ▪ 61-84 Jahre <p>Diagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pilotstudie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthopädische Defizite ▪ Schlaganfall ▪ Medizinische Komplikationen ▪ Rheumatoide Arthritis 2. Pilotstudie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlaganfall ▪ Arthritis ▪ Hüftfraktur 	<p>26 oft verschriebene Hilfsmittel (kategorisiert in Badezimmer, essen, anziehen oder Hygiene)</p>	<p>Es werden Erkenntnisse bezüglich des Gebrauchs und Nichtgebrauchs von Hilfsmitteln beschrieben. Dazu wurden auch Ergotherapeuten befragt. Empfehlungen der Ergotherapeuten für ein Hilfsmitteltraining werden aufgeführt. Diese Erkenntnisse sind wichtig für diese Arbeit.</p>	<p>Die Qualität der Studie wird als tief eingestuft. Die meisten Beurteilungskriterien werden nicht erfüllt. Einige Informationen bezüglich der Studiendurchführung fehlen. Es wird nicht beschrieben, wie das Hilfsmitteltraining aussah. Es wurden jedoch Empfehlungen, was dabei beachtet werden sollte, abgegeben. Die Evidenz der Studie ist tief (Stufe 3).</p>
Neville-Jan et al. (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitativ ▪ Querschnitts-Design Schriftliche Umfrage 	<p>Hilfsmittelgebrauch von Klienten analysieren, nachdem die Klienten das Rehabilitationszentrum seit 3 Monaten verlassen haben</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N=50 ▪ Ältere Menschen <p>Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hüftfraktur ▪ Hemiplegie ▪ Arthritis ▪ Andere 	<p>Vollständige Liste ist unbekannt</p> <p>Beispiele: Sicherheitsrahmen für Toiletten, Badewannenbretter</p>	<p>Die Gebrauchsdaten, Gründe für den Nichtgebrauch und die Art der erhaltenen Instruktionen werden aufgeführt. Vor allem die Angaben der Art von den erhaltenen Instruktionen sind wichtig für die Entwicklung</p>	<p>Die Methodik der Studie wird als mangelhaft eingestuft. Diese Studie weist einige Mängel an Informationen bezüglich der Durchführung der Studie auf. Die Mehrheit der Beurteilungskriterien wird</p>

Fortsetzung Tabelle 3.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheiten ▪ Multiple Sklerose ▪ Gangschwierigkeiten ▪ Spinalstenose ▪ Kopfverletzungen ▪ Para-/Tetraplegie ▪ Krebs ▪ Herzkrankheiten ▪ Schmerzen ▪ Parkinson ▪ Spondylitis ankylosans 		eines Hilfsmitteltrainings.	nicht erfüllt. Die Signifikanz der Resultate wird nicht erläutert. Zudem haben sie nicht alle Ziele verfolgt. Der Evidenzlevel der Studie ist tief (Stufe 3).
Schemm et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitativ ▪ Querschnitts-Design 	<p>Lehrmethoden von Therapeuten beschreiben, welche bei älteren Erwachsenen in der Rehabilitation benutzt wurden, um den Gebrauch von Bade- und Anziehhilfen zu instruieren</p> <p>Interview mit Klienten und Dokumentation durch Therapeuten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 86 ▪ 19 Ergotherapeuten (ET) ▪ Ab 55 Jahren <p>Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthopädische Defizite ▪ Hirnverletzung ▪ Amputationen von unteren Gliedmassen 	<p>Badehilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Langstielige Schwämme ▪ Flexible Duschschläuche ▪ Waschgriffe ▪ Badewannstuhl <p>Anziehhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schuhlöffel ▪ Greifzange ▪ An- und Ausziehhilfen 	<p>Die Forschungsfrage ist relevant für die vorliegende Arbeit. Diese Studie beschreibt unter anderem die Lehrmethoden, welche bei älteren Erwachsenen von Therapeuten angewendet wurden, um den Gebrauch von Bade- und Anziehhilfen zu instruieren. Diese Ergebnisse sind relevant,</p>	<p>Die Studie wird als gut eingestuft, da sie die meisten Bewertungskriterien erfüllt und inhaltlich als stimmig erscheint. Die Resultate werden ausführlich beschrieben, sind signifikant und somit relevant für die Ergotherapie. Jedoch werden z.B. das ethische</p>

Fortsetzung Tabelle 3.

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strumpfanzieher ▪ Elastische Schnürsenkel ▪ Andere 	um Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining abgeben zu können.	Vorgehen und die klinische Implikation nicht beschrieben. Die Evidenz der Studie ist tief (Stufe 3).
Wielandt et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitativ ▪ Querschnitts-Design <p>Schriftliche Umfrage</p>	Einfluss verschiedener Klienten- und Trainingsfaktoren auf den Hilfsmittelgebrauch, welche nach dem Eintritt ins Spital aufgrund eines allgemeinen medizinischen oder chirurgischen Leidens verschrieben wurden, untersuchen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 64 ▪ 46-93 Jahre <p>Diagnose: Klienten nach einer allgemeinen medizinischen oder chirurgischen Behandlung</p>	<p>Badehilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duschhocker ▪ Duschstühle ▪ Badebretter ▪ Flexible Duschschläuche ▪ Zehenreiniger ▪ Seifenbeutel ▪ Antiruschtmatten ▪ Langstielige Rückenbürsten 	Es werden Gründe für den Nichtgebrauch von Hilfsmitteln aufgeführt und den Einfluss von verschiedenen Faktoren auf den Hilfsmittelgebrauch beschrieben. Dies sind wichtige Erkenntnisse für die Entwicklung eines effektiven Hilfsmitteltrainings und sind somit relevant für diese Arbeit.	Die Qualität dieser Studie wird als sehr gut eingestuft. Die Mehrheit der Beurteilungskriterien wird erfüllt. Formen des Trainings werden aufgezeigt. Der Aufbau und die Durchführung der Studie sind in sich stimmig. Eine genaue Beschreibung des Hilfsmitteltrainings fehlt jedoch. Der Evidenzlevel der Studie ist tief (Stufe 3).
Wielandt et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitativ ▪ Vorher-Nachher-Design <p>Erste Datenerhebung: Interview</p>	Herausfinden, welche klienten-, hilfsmittel- und behandlungsbezogenen Faktoren den Gebrauch von Hilfsmitteln nach der	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N=204 ▪ 43-93 Jahre <p>Diagnosen: Hüft-/Kniegelenkersatz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere orthopädische Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geländer ▪ Badehilfsmittel ▪ Toilettenhilfsmittel ▪ Anziehhilfen 	Die Forschungsfrage bezüglich der Faktoren, die den Gebrauch von Hilfsmitteln beeinflussen ist relevant, um Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining zu entwickeln. Es werden Gebrauchslevel,	Grundsätzlich wird die Studie als sehr gut eingestuft. Sie erfüllt fast alle Bewertungskriterien und ist in sich stimmig. Es ist nicht bekannt, ob die Outcome-Messungen valide und

Fortsetzung Tabelle 3.

	(persönlich) Zweite Datenerhebung: Interview (per Telefon)	Entlassung aus dem Spital voraussagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurologische Diagnose ▪ Amputationen ▪ Medizinische Diagnose 		Einflussfaktoren auf den Hilfsmittelgebrauch und Empfehlungen für die Hilfsmittelversorgung beschrieben.	reliabel sind. Die Evidenz der Studie ist tief (Stufe 3).
Mäkeläinen et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Mixed-Method-Study“ (Gemisch zwischen Quantitativ und Qualitativ) ▪ Fallstudien-Design <p>Schriftliche Umfrage (offene Fragen)</p>	<p>Herausfinden, wie Klienten mit rheumatoider Arthritis Patientenedukation, die sie von ihren Pflegefachpersonen während den Gesprächen im ambulanten Einzelsetting in Spitälern und Gesundheitszentren erhielten, beschreiben und auswerten</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N=173 ▪ 27-81 Jahre <p>Diagnose: Rheumatoide Arthritis</p>	Keine	<p>Inhalt der Patientenedukation, Gründe für die Zufriedenheit und Unzufriedenheit der Klienten mit der erhaltenen Patientenedukation</p> <p>Es wird aufgezeigt, was im Umgang mit rheumatisch erkrankten Menschen bei der Patientenedukation zu beachten ist.</p>	Die Studie wird als mittelmässig eingestuft. Die Mehrheit der Beurteilungskriterien wird erfüllt, jedoch sind einige Mängel zu verzeichnen. Die Intervention wird nicht detailliert beschrieben und es bestehen Mängel bezüglich der Methodik. Die Generalisierbarkeit auf andere rheumatische Krankheiten ist unklar. Die Evidenz der Studie ist tief (Stufe 3).

4.2 Kritische Bewertung der Literatur

Im Folgenden werden die sechs Hauptstudien kurz kritisch bewertet. Die ausführliche kritische Bewertung der einzelnen Studien ist im Anhang aufgeführt.

Tabelle 4. Gitlin et al. (1993)

Literatur	Es wird nur eine kleine Übersicht über vorhandene Literatur gegeben. Die Notwendigkeit der Studie wird begründet, indem sie an die aufgeführten Inhalte der vorangegangenen Literatur anknüpft und da Hilfsmittel eine signifikante Rolle im Rehabilitationsprozess spielen.
Design	Study 1 → Die Messungen (Interviews) wurden ein bis drei Tage vor der Entlassung aus dem Spital gemacht. Nach der Entlassung wurden in den drei darauf folgenden Monaten je einmal Interviews (Follow-up) per Telefon (20 Min.) durchgeführt. Study 2 → Die Messung (Fragebogen) wurde einmal durchgeführt. Die Umfrage wurde den Therapeuten zugeschickt.
Stichprobenauswahl	Study 1 → (N=13) Alle wichtigen Angaben, ausser Dauer der Krankheit und funktioneller Status, werden aufgeführt. Ausschlusskriterien werden nicht beschrieben. Die Stichprobe hätte genauer beschrieben werden können (z.B. welches Geschlecht hatte welche Diagnose?), aber das Wichtigste wird genannt. Zudem fehlt eine tabellarische Übersicht über die Stichprobe. Die Teilnehmer mussten eine Einverständniserklärung ausfüllen. Weitere ethische Aspekte werden nicht beschrieben. Study 2 → (N= 31) Angaben der Therapeuten (Alter, Geschlecht) fehlen. Es werden keine Aus- und Einschlusskriterien genannt. Es ist unklar, ob die Therapeuten freiwillig teilnahmen oder von ihren Direktionen verpflichtet wurden teilzunehmen. Bezüglich ethischer Aspekte wird nichts erwähnt. Die Stichprobengrösse kann mit der verfügbaren Population begründet werden.
Datenanalyse	Konkrete Analysemethoden werden nicht erwähnt. Es scheint angemessen zu sein, die Daten aus den Umfragen mittels Prozentzahlen aufzuführen.
Resultate	Die statistische Signifikanz wird nicht erwähnt. Die Resultate werden mittels Prozentangaben aufgeführt.
Schlussfolgerung	Die Schlussfolgerungen werden ausführlich beschrieben und sind für die Praxis von Bedeutung.
Limitationen	Limitationen der Studie werden keine aufgeführt. Diese müssen selber angenommen werden. Study 1 → Die Klienten wurden durch die behandelnden Ergotherapeuten im Spital für die Studie empfohlen. Die Teilnehmer wurden somit gezielt ausgesucht. Dies kann die Ergebnisse zu Gunsten der Studie beeinflusst haben. Es ist nicht klar, über

Fortsetzung Tabelle 4.

welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Die Teilnehmer mussten sich an frühere Ereignisse im Spital und zu Hause erinnern können, so z.B. welches Hilfsmittel sie am häufigsten benutzten. Es ist möglich, dass einige Teilnehmer Schwierigkeiten hatten, sich an solche Ereignisse zu erinnern. Dies kann sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.

Study 2 → Es ist unklar, ob die Therapeuten freiwillig teilnahmen oder von ihren Direktionen verpflichtet wurden an der Studie teilzunehmen. Dies kann sich positiv oder negativ auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Die Therapeuten kannten den Zweck der Studie. Dadurch kann es sein, dass sie ihre Antworten danach ausgerichtet hatten.

Tabelle 5. Neville-Jan et al. (1993)

Literatur	Relevante Hintergrundliteratur wurde in der Einleitung, nicht aber in der Diskussion, miteinbezogen. Es wird ein Überblick (Literaturreview) über die bereits vorhandene Literatur gegeben und ausführlich beschrieben. Die einbezogene Hintergrundliteratur ist sehr alt. Die Wissenslücke wird benannt.
Design	Das Design und die Methodik werden nicht explizit genannt. Aufgrund der durchgeführten Umfrage kann auf das Querschnittsdesign geschlossen werden, welches ermöglichte, den Zweck der Studie zu erfüllen. Das Studienteam, welches das Studiendesign entwickelte, wird beschrieben.
Stichprobenauswahl	Es wird beschrieben, wie die Autoren zu ihren Teilnehmern und der Stichprobengröße kamen und welches die Einschlusskriterien waren. Es wird jedoch nicht deutlich erkennbar, aus welchen Personen sich die Stichprobe zusammensetzte. Demografische Daten, Dauer der Krankheit und funktioneller Status werden nicht aufgeführt. Es wird nur erwähnt, dass die Teilnehmer ältere Personen waren und wie viele Personen welche Diagnosen hatten. Das ethische Prozedere wird kaum beschrieben. Erwähnt wird nur, dass die Einverständniserklärungen in grossen Buchstaben gedruckt wurden. Die Stichprobenauswahl wurde auf ein spezifisches Rehabilitationszentrum beschränkt. (N=50)
Datenanalyse	Analysemethoden werden nicht erwähnt. Es ist angemessen, die Daten aus den Umfragen mittels Prozentzahlen aufzuführen.
Resultate	Die statistische Signifikanz wird nicht erwähnt. Die Resultate werden mittels Angaben in Prozent angegeben.
Schlussfolgerung	Es werden Schlussfolgerungen genannt. Diese wurden in die Diskussion integriert und dadurch nicht sofort erkennbar. Es werden Empfehlungen abgegeben, die jedoch nicht direkt auf die erhaltenen Ergebnisse zurückzuführen sind.

Fortsetzung Tabelle 5.

Limitationen	Die Stichprobenauswahl wurde auf ein spezifisches Rehabilitationszentrum beschränkt. Zwei der zu Beginn aufgeführten Ziele der Studie werden in der Auswertung nicht mehr erwähnt. Die Methodik wird lückenhaft beschrieben. Alle Teilnehmer machten freiwillig mit, wodurch sie dem Thema gegenüber tendenziell positiv und offen gestimmt waren. Es könnte mögliche Bias (Verzerrungen) bei der Stichprobe/Auswahl, beim Messen/Ermitteln und bei der Massnahme/Durchführung gegeben haben. Zudem war die Stichprobengrösse relativ klein. Die Autoren nennen keine Limitationen.
---------------------	---

Tabelle 6. Schemm et al. (1998)

Literatur	Die Notwendigkeit der Studie wird durch die Wissenslücke bezüglich fehlender Informationen über Lehrmethoden, welche die Therapeuten anwenden können, um den Hilfsmittelgebrauch zu lehren, gerechtfertigt. Die Relevanz der Studie wird mit Literatur aufgezeigt. Es wurden bereits untersuchte Themen und Erkenntnisse zusammengefasst.
Design	Es ist nicht klar ersichtlich, welches Design für die Studie verwendet wurde. Da ein Interview, eine Art Umfrage für Therapeuten, gemacht wurde und die Interviews und Umfragen zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurden, kann auf das Design der Querschnittstudie gedeutet werden.
Stichprobenauswahl	In einer Tabelle werden alle wichtigen Merkmale der Teilnehmer aufgeführt. Einschlusskriterien werden genannt. Es ist unbekannt, ob die Teilnehmer freiwillig mitmachten oder nicht. Die Teilnehmerzahl kann durch die verfügbare Population begründet werden. Die Auswahl der Teilnehmer wird detailliert beschrieben. Zur ethischen Vorgehensweise werden keine Angaben gemacht. Es wird nicht erwähnt, ob die wohlinformierte Zustimmung der Teilnehmer eingeholt wurde. (N=86)
Datenanalyse	Die Analysemethoden sind bezüglich des Zweckes und der Ergebnisse der Studie geeignet. Es wurden Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen des Hilfsmitteltrainings analysiert.
Resultate	Die statistische Signifikanz der Resultate wird aufgeführt.
Schlussfolgerung	Im Diskussionsteil werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen skizziert. Wenig zusätzliche Fachliteratur, welche die Ergebnisse unterstützt, wurde hinzugezogen. Weitere Forschung wird empfohlen.
Limitationen	Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) der Aufzeichnungen und die Zeitschätzung von den Therapeuten sind schwierig zu beurteilen. Obwohl Therapeuten im Gebrauch einer Dokumentationsform trainiert und angeleitet wurden, kann die Interrater-Reliabilität

Fortsetzung Tabelle 6.

(Urteilsübereinstimmung von unterschiedlichen Beobachtern) aufgrund der limitierten Zeit und Ressourcen nicht gewährleistet werden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Teilnehmer betrug 21 Tage. Dies reduzierte sich auf 8 bis 14 Tage. Der Grund für diese Veränderung wird nicht beschrieben. Laut den Autoren kann die verfügbare Zeit für Patientenedukation sowie die Möglichkeit, Hilfsmittel unter Supervision auszuprobieren, die Ergebnisse beeinflusst haben.

Tabelle 7. Wielandt et al. (2001)

Literatur	Es wird ein Überblick über die bereits vorhandene Literatur gegeben und ausführlich beschrieben. Die klinische Wichtigkeit der Studie wird somit erläutert. Die Notwendigkeit dieser Studie und die Wissenslücke werden durch mangelnde Literatur und Informationen über Hilfsmittel begründet.
Design	Es ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich, welches Design für die Studie verwendet wurde. Da eine Umfrage (mittels Fragebogen) gemacht wurde und die Umfragen zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurden, kann auf das Design der Querschnittstudie gedeutet werden.
Stichprobenauswahl	Die Stichprobe wird genau beschrieben. Angaben bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose, Zivilstand und Arten der Hilfsmittel werden in einer Tabelle dargestellt. Angaben zur Dauer der Krankheiten und dem funktionellen Status der Teilnehmer fehlen. Trotzdem wird ein klares Bild davon erhalten, wer an der Studie beteiligt war. Die Tabelle liefert eine Zusammenfassung der demografischen Daten und medizinischen Eigenschaften der Teilnehmer sowie über die verschriebenen Hilfsmittel. Die Autoren beschreiben wie sie zu ihrer Stichprobengröße kamen. Die Teilnehmerzahl kann durch die verfügbare Population begründet werden. Die ethische Zulassung wurde von relevanten Universitäts- und Spitalkomitees eingeholt. Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil. Sie füllten während ihres Spitalaufenthaltes eine schriftliche Einverständniserklärung aus (N=64).
Datenanalyse	Die Daten der Fragebogen wurden in das „Statistical Package of Social Sciences“ (Version 8.0) eingegeben. Die Daten vom Gebrauch der Badehilfsmittel sowie die Gründe für den Nichtgebrauch wurden bei der Nachuntersuchung (Follow-up) deskriptiv analysiert. Pearsons Chi-Quadrat Test wurde benutzt, um diverse Beziehungen zwischen den Variablen zu analysieren.
Resultate	Statistische Signifikanz wird zum Thema Nutzen, Auswahl, Training und Anwesenheit der Familie während den Instruktionen angegeben. Zum Thema Hilfsmittelgebrauch und Begründung für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel werden Prozentsätze angegeben.

Fortsetzung Tabelle 7.

Schlussfolgerung	Im Diskussionsteil werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen skizziert. Es wurde weitere Fachliteratur hinzugezogen, welche die Ergebnisse der Studie bestätigt. Weitere Forschung wird nicht explizit empfohlen.
Limitationen	Aufgrund der kleinen Stichprobe und weil alle Teilnehmer im selben Spital waren, sind die Resultate nicht repräsentativ für alle Ergotherapieklintien. Das Hilfsmitteltraining fand zu verschiedenen Zeitpunkten statt. Klienten, die sich einer Gelenkersatzoperation unterzogen, bekamen das Hilfsmitteltraining oft vor der Operation. Andere Klienten erhielten das Training kurz vor dem Austritt. Für diejenigen, die eine Gelenkersatzoperation hatten, könnte sich der Zeitpunkt des erhaltenen Hilfsmitteltrainings auf die Fähigkeit, sich an das Training zu erinnern oder auf die Anerkennung der Relevanz, ausgewirkt haben. Die durch die Teilnehmer erhaltenen Informationen basieren auf deren Schilderungen der Ereignisse, die sich über eine Periode von acht Wochen erstreckten. Somit könnte es sein, dass die Teilnehmer sich aufgrund der längeren Zeitdauer nicht mehr adäquat an alle Ereignisse erinnern konnten.

Tabelle 8. Wielandt et al. (2006)

Literatur	Fundierte Hintergrundliteratur wird in der Einleitung sowie in der Diskussion aufgeführt. Die Wissenslücke wird benannt.
Design	Die Autoren nennen das verwendete Design. Es handelt sich um eine Vorher-Nachher-Studie (prospective correlational study), in welcher Interviews mit Klienten (indepth interviews) durchgeführt wurden. Das Design entspricht der Studienfrage. Es ermöglicht, Daten vor und nach der Entlassung aus dem Spital zu erheben. Es gab keine Kontrollgruppe. Deshalb ist nicht klar, ob die Ergebnisse von anderen Personenfaktoren beeinflusst worden sein könnten.
Stichprobenauswahl	Die Auswahl, die Einschlusskriterien und das ethische Prozedere werden ausführlich beschrieben. Zudem werden die demographischen Daten in einer Tabelle übersichtlich dargestellt. (N=204)
Datenanalyse	Die Datenanalyse wird ausführlich beschrieben. Die Methoden scheinen geeignet zu sein.
Resultate	Statistisch signifikante Variablen werden in der Studie aufgeführt.
Schlussfolgerung	Die Autoren führen eine ausführliche Schlussfolgerung auf. Die Ergebnisse zeigen die Relevanz auf, dass Ergotherapeuten bei der Hilfsmittelversorgung einen klientenzentrierten Ansatz einbeziehen sollen, bei welchem die Vorstellungen und Meinungen des Klienten, zusammen mit ihren Bedürfnissen und Zielen, beachtet werden sollten.

Fortsetzung Tabelle 8.

Limitationen	Die Autoren führen diverse Limitationen auf. Die Teilnehmer wurden möglicherweise von den Ergotherapeuten selektiv ausgesucht, was die Resultate beeinflusst haben könnte. Nur 82 % der ursprünglichen Teilnehmer nahmen bis zum Schluss der Studie teil. Jene mit schlechtem Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Follow-up wurden ausgeschlossen. Deshalb kann es sein, dass der Gebrauchslevel höher sein könnte, als wenn die ausgeschlossenen Teilnehmer ebenfalls miteinbezogen worden wären. Das Training fand bei den verschiedenen Diagnosen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Der Zeitpunkt des Trainings könnte die Fähigkeit, sich an die Inhalte der Trainingseinheit zu erinnern, beeinflusst haben. Die Teilnehmer hatten teilweise Schwierigkeiten, sich an Ereignisse, welche zwei Monate zurücklagen, zu erinnern. Dies könnte die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben.
---------------------	--

Tabelle 9. Mäkeläinen et al. (2009)

Literatur	Relevante, aktuelle Hintergrundliteratur wird in der Einleitung und in der Diskussion aufgeführt. Die Wissenslücke wird benannt.
Design	Das Design wird nicht explizit erwähnt. Es ist anzunehmen, dass es sich dabei um eine "Mixed-Method-Study" handelt. Nach Angaben der Autoren handelt es sich um eine deskriptive Studie (Fallstudien-Design; quantitativ). Da jedoch auch nach Erfahrungen bezüglich der Patientenedukation gefragt wurde und Zitate der Teilnehmer aufgeführt werden, kann es sich auch um ein phänomenologisches Design (qualitativ) handeln. Das gemischte Design ermöglicht es Erfahrungen mit der Patientenedukation und signifikante Resultate zu eruieren.
Stichprobenauswahl	Bezüglich der Teilnehmer (N=173) werden die wichtigsten Angaben beschrieben, jedoch fehlt eine Übersichtstabelle. Es kann nur ein vages Bild über die Studienteilnehmer erstellt werden. Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht aufgeführt. Die Teilnehmer wurden durch ihre Pflegefachpersonen für die Studie empfohlen. Das ethische Prozedere wird sehr ausführlich beschrieben. Die Teilnehmer wurden von 11 Spitälern und 23 Gesundheitszentren rekrutiert.
Datenanalyse	Die Daten wurden mittels deskriptiven und nicht-parametrischen statistischen Methoden analysiert. Antworten der Umfragen wurden transkribiert. Die Analysemethoden werden beschrieben und sind bezüglich ihres Zweckes passend.
Resultate	Es werden nur Resultate aufgeführt, die statistisch signifikant sind ($p < 0.05$). Konkrete Angaben der Signifikanz werden nicht explizit genannt. Ansonsten werden nur Prozentzahlen mit den Ergebnissen aufgeführt. Die Resultate enthalten auch qualitative Ergebnisse (Erfahrungen mit Patientenedukation). Es werden Zitate der Teilnehmer aufgeführt.

Fortsetzung Tabelle 9.

Schlussfolgerung	Gemäss den Autoren ist es wichtig, dass nebst dem Vermitteln von medizinischen behandlungsbezogenen Informationen auch das emotionale Wohlbefinden der rheumatisch erkrankten Klienten berücksichtigt wird.
Limitationen	Die Teilnehmer wurden für die Studie empfohlen, was die Ergebnisse beeinflusst haben könnte. Die Autoren führen Limitationen auf. Als Limitation wird die Anzahl der offenen Fragen genannt. Die Antwort zu den zwei Fragen zeige nicht alle Dimensionen der Erfahrungen der Teilnehmer bezüglich Patientenedukation auf. Zusätzlich forderten die offenen Fragen die Fähigkeit der Teilnehmer, Antworten auf das Blatt schreiben zu können. Aus diesem Grund könnte es sein, dass Teilnehmer mit Schmerzen in den Händen Schwierigkeiten hatten mit dem Stift zu schreiben und somit die zweite Frage nicht beantworteten. Bezüglich der Generalisierbarkeit der Studie wird erwähnt, dass die Autoren die Meinung der Teilnehmer, welche die Patientenedukation nicht evaluierten, nicht kannten. Aus diesem Grund werden gemäss den Autoren weitere Studien benötigt.

4.3 Darstellung der Resultate aus den Hauptstudien

Um die Ergebnisse strukturiert zu präsentieren, wurden gemeinsame Themen der Studien herausgearbeitet. Diese werden in den folgenden Abschnitten aufgezeigt. Die gemeinsamen Themen sind: Gründe für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel, Ansätze, Instruktionmethoden, Setting und therapeutisches Verhalten. Teilweise wäre es möglich gewesen, einzelne Resultate verschiedenen Themen zuzuordnen. Um Wiederholungen zu vermeiden, werden diese Resultate aufgrund eines gemeinsamen Entscheides der Verfasserinnen nur bei einem Thema aufgeführt.

4.3.1 Gründe für den Nichtgebrauch

Die folgenden Ergebnisse beschreiben keine konkreten Inhalte eines Hilfsmitteltrainings. Sie zeigen jedoch wichtige Aspekte auf, welche die Notwendigkeit der Durchführung eines Hilfsmitteltrainings bestätigen. Zudem geben sie wichtige Hinweise bezüglich des Inhalts eines Trainings, um dem Nichtgebrauch entgegenzuwirken.

Die Studienergebnisse von Neville-Jan et al. (1993) zeigen auf, dass 15 % der Hilfsmittel nie gebraucht wurden. 21 % der Hilfsmittel wurden nur während einer bestimmten Zeit gebraucht, dann nahm der Gebrauch ab. Zum Zeitpunkt der Ausführung der Studie war die Nichtgebrauchsrate bei 36 % (Neville-Jan et al., 1993). Weiter führen die Autoren Gründe für den Nichtgebrauch auf:

- Klient oder Familie wusste nicht wie die Hilfsmittel zu gebrauchen sind
- Hilfsmittel konnte nicht installiert werden
- Klient benötigte zusätzliche Hilfe
- Klient fühlte sich nicht sicher
- Klient befürchtete, dass das Hilfsmittel sein Eigentum beschädige
- Hilfsmittel waren defekt oder abgenutzt

Gitlin, Levine und Geiger (1993) führen den letztgenannten Aspekt ebenfalls als Grund für den Nichtgebrauch auf. In der ersten Pilotstudie gaben die Klienten in der Befragung als Grund für den Nichtgebrauch an, dass die Hilfsmittel nicht funktionierten oder defekt waren. Die Therapeuten erwähnten in der zweiten Pilotstudie, dass fehlendes Wissen bezüglich des adäquaten Hilfsmittelgebrauchs und was zu tun ist, wenn das Hilfsmittel defekt ist, ein Grund für den Nichtgebrauch darstellt (Gitlin et al., 1993).

Wielandt, McKenna, Tooth und Strong (2006) nennen einen weiteren Grund für den Nichtgebrauch. Die Anwendung des Hilfsmittels wurde teilweise als schwierig oder als nicht mehr notwendig empfunden.

Gemäss Wielandt, McKenna, Tooth und Strong (2001) ist das fehlende Wissen bezüglich des korrekten Gebrauchs des Hilfsmittels ein häufiger Grund für den Nichtgebrauch. Weitere Hilfsmittel wurden zum Zeitpunkt des Follow-ups nicht mehr gebraucht, da sich die Bedürfnisse der Patienten seit dem Austritt verändert hatten. Wegen unangemessenem Training wurde ebenfalls ein Teil der Hilfsmittel nicht mehr gebraucht. Laut den Ergebnissen der Studie von Wielandt et al. (2001) gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erhalten von Hilfsmitteltraining und dem Gebrauch von Badehilfsmitteln. Fand ein Training statt, wurde das Hilfsmittel eher gebraucht.

4.3.2 Ansätze

Nachfolgend werden Ansätze beschrieben, die gemäss der Literatur bei der Hilfsmittelversorgung resp. Hilfsmitteltraining zur Anwendung kommen können. Gemäss Hagedorn (2000) sind Ansätze "Wege und Mittel, um Theorie in Praxis umzusetzen" (S. 131).

Wielandt et al. (2001) empfehlen klientenzentriert zu arbeiten, um die Werte, Vorstellungen und Meinungen der Klienten zu berücksichtigen. Die Ergebnisse von Wielandt et al. (2006) weisen ebenfalls die Relevanz auf, dass Ergotherapeuten bei der Hilfsmittelversorgung einen klientenzentrierten Ansatz einbeziehen sollen. Bei diesem Ansatz sollten die Vorstellungen und Meinungen des Klienten zusammen mit ihren Bedürfnissen und Zielen beachtet werden. Gemäss der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) bemängelten Klienten, welche mit der Patientenedukation unzufrieden waren, dass die von den Pflegefachpersonen erhaltenen Informationen nicht auf ihre Bedürfnisse angepasst wurden. Die Resultate der Studie von Wielandt et al. (2001) zeigen, dass die Berücksichtigung von Meinungen der Klienten während der Hilfsmittelauswahl und dem Hilfsmitteltraining wichtig ist, um den Hilfsmittelgebrauch nach Entlassung aus dem Spital zu steigern. Hilfsmittel, welche mit einem klientenzentrierten Ansatz verordnet wurden, empfanden die Klienten als nützlicher und brauchten sie entsprechend mehr (Wielandt et al., 2001). Gitlin et al. (1993) führen dazu auf, dass der Einschluss von klientenzentrierten Zielen und Werten im Entwickeln von Behandlungsstrategien zu einer effektiveren Behandlung führen kann.

Gitlin et al. (1993) zeigen die Notwendigkeit eines Wechsels von einem medizinischen Bezugsrahmen, der die Verschreibung von Hilfsmitteln aufgrund der Diagnose beinhaltet, zu

einem umweltbedingten Ansatz (ecological approach) auf. In einem umweltbedingten Ansatz werden die individuellen Ziele, kulturellen Werte, die physikalischen und sozialen Eigenschaften zu Hause beachtet.

Gemäss den Studienergebnissen von Schemm et al. (1998) verwendeten die Therapeuten bei der Instruktion eine Kombination von Ansätzen. Die Therapeuten wendeten teilweise mehr als eine Methode an. Die möglichen Ansätze werden jedoch nicht aufgeführt.

4.3.3 Instruktionsmethoden

In den nächsten Abschnitten werden durch Therapeuten verwendete Methoden bei der Anleitung des Hilfsmittelgebrauchs aufgezeigt.

Gemäss den Ergebnissen von Neville et al. (1993) bezüglich der Art der Instruktionen erwähnten die meisten Klienten, dass ihnen einerseits erzählt (36 %) und andererseits gezeigt (40 %) wurde, wie sie die Hilfsmittel einsetzen können. 16 % der Teilnehmer beschrieben, dass sie keine Instruktionen erhielten. 8 % wurde zu Hause instruiert. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den 16 %, die keine Instruktionen erhielten und jenen, welche die Hilfsmittel nicht gebrauchten (Neville-Jan et al., 1993).

In der Studie von Schemm et al. (1998) werden folgende Instruktionsmethoden aufgeführt:

Badehilfsmitteltraining

- Mündliche Instruktionen (99 %)
- Demonstrationen (88 %)
- Schriftliche Instruktionen (25 %)

Anziehhilfsmitteltraining

- Mündliche Instruktionen (98 %)
- Demonstrationen (96 %)
- Schriftliche Instruktionen (5 %)

Alle Klienten erwähnten eine hohe Zufriedenheit mit dem erhaltenen Hilfsmitteltraining, welches sie während ihrer Rehabilitation erhielten (Schemm et al., 1998). Zusätzlich haben die Autoren herausgefunden, dass der grösste Teil der Instruktionsmethoden mündlich war. Einige Teilnehmer erhielten Demonstrationen. Wenigen Klienten wurde während dem Hilfsmitteltraining schriftliches Material abgegeben. Dies bedeutet, dass Klienten mit wenigen Informationen bezüglich der Pflege von Hilfsmitteln, Sicherheitsvorschriften sowie dem Vorgehen bei defekten Hilfsmitteln, nach Hause kehrten (Schemm et al., 1998). Weiter empfehlen die Autoren, die beschriebenen Instruktionsmethoden zu erweitern. Nicht

nur leicht verständliche schriftliche Instruktionen, sondern auch Videos sollten verwendet werden. Die Instruktionen können mit Diagrammen und Bildern erweitert werden. Die Sicherheitsaspekte sollten mit den Patienten, Familienmitgliedern und Bezugspersonen angeschaut und mit schriftlichem Material und Videos ergänzt werden (Schemm et al., 1998). In der Studie von Wielandt et al. (2001) wurden folgende Formen des Trainings bei Klienten, die ihre Hilfsmittel gebrauchten, angewendet:

- Instruktionen während eines Hausbesuchs (26.6 %)
- Demonstration (15.6 %)
- Verbale Instruktion (12.5 %)

Nachfolgend werden Formen des Trainings aufgelistet, welche bei Klienten, die ihre Hilfsmittel nicht gebrauchten, angewendet wurden:

- Verbale Instruktionen (7.7 %)
- Demonstration (7.7 %)
- Schriftliche Instruktionen und Training während des Hausbesuchs (3.8 %)

Wielandt et al. (2001) empfehlen eine Wiederholungsbegutachtung nach dem Spitalaustritt beim Klienten zu Hause, da Personen dynamisch sind und ihre Notwendigkeiten sich stets verändern.

Im Bezug zum Thema Patientenedukation erwähnten in der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) 3 %, dass sie schriftliches Material wie z.B. Merkblätter bezüglich Medikation und angemessener Ernährung erhielten. Bezüglich der verbalen Instruktionen erwähnen Mäkeläinen et al. (2009) in ihrer Studie zum Thema Patientenedukation, dass die Klienten klare und verständliche Erklärungen schätzten.

Teilnehmer der Studie von Wielandt et al. (2006), die in der Lage waren sich an das durchgeführte Hilfsmitteltraining zu erinnern, benutzten die Hilfsmittel 3.6 Mal eher, als diejenigen, die sich nicht mehr an das Training erinnern konnten. Demnach ist es wichtig, das Hilfsmitteltraining so zu gestalten, dass sich der Klient nach der Entlassung an das Hilfsmitteltraining erinnern kann (Wielandt et al, 2006). Es werden jedoch keine konkreten Vorschläge dazu aufgeführt.

Gemäss den Pilotstudien von Gitlin et al. (1993) benötigen ältere Klienten in der Rehabilitation verschiedene individuelle Instruktionmethoden. Diese sollen folgendes enthalten:

- Breiteres Wissen von physikalischen und soziokulturellen Eigenschaften bezüglich der Situation beim Klienten zu Hause
- Einbezug von Angehörigen in den Hilfsmitteltrainingsprozess
- Einsatz von kürzeren Trainingseinheiten, welche über eine längere Zeit geschehen

- Mehr Gelegenheiten, zu Hause oder in einer simulierten Umwelt praktische Erfahrungen sammeln zu können

4.3.4 Setting

Gemäss Haase (2007) besteht das Setting der Therapie einerseits aus der Sozialform der Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie), andererseits aus dem räumlich-situativen Setting. Gemäss dem Verständnis der Verfasserinnen kann der zeitliche Aspekt dem räumlich-situativen Setting zugeordnet werden. Resultate zur Anwesenheit anderer Personen (z.B. Angehörige) werden bei den Therapieformen aufgeführt, da durch deren Anwesenheit eine Art Gruppe entsteht.

Therapieort: In der Studie von Wielandt et al. (2001) erfolgte das Training am häufigsten während eines Hausbesuchs. Diese Art des Trainings bietet die Möglichkeit, den Gebrauch des Hilfsmittels im aktuellen Umfeld zu üben (Wielandt et al., 2001).

In der Studie von Schemm et al. (1998) hingegen fand die Instruktion bei 88 % der Klienten in der Klinik, bei 22 % im Zimmer der Klienten und bei 12 % im Badezimmer statt. Dies zeigt auf, dass die meisten Trainingseinheiten die lebensgetreue Situation der Klienten simulierten und nicht direkt repräsentierten. Kurze Behandlungseinheiten beim Klienten zu Hause, der Einbezug von Familienmitgliedern und Pflegern in die Behandlungseinheiten in der Rehabilitationsklinik könnten die Brücke zwischen Institution und zu Hause schlagen. Diese Behandlungseinheiten könnten während Abenden und Wochenenden stattfinden, wenn die Familienmitglieder eher anwesend wären (Schemm et al., 1998).

Gemäss Gitlin et al. (1993) ist es notwendig, den Kontext zu Hause beim Klienten zu beachten, da dieser den Hilfsmittelgebrauch beeinflusst. Zudem waren Therapeuten, die Hausbesuche machten, der Meinung, dass zusätzliches Hilfsmitteltraining bei den Klienten zu Hause die Sicherheit und die maximale funktionelle Ausführung erhöhen sowie die Verantwortung von Angehörigen reduzieren könnte (Gitlin et al. 1993).

Therapieform: In der Studie von Schemm et al. (1998) fand die Instruktion von Badehilfsmitteln und Anziehhilfen jeweils bei einem Teilnehmer im Gruppensetting statt. Familienmitglieder, andere Klienten oder Gesundheitspersonal (Physiotherapeuten, Pflege) wurden selten in das Hilfsmitteltraining einbezogen (Schemm et al., 1998). Nach Wielandt et al. (2006) sowie Wielandt et al. (2001) wirkt sich die Präsenz von Angehörigen während des Trainings positiv auf den Hilfsmittelgebrauch aus. Die Autoren Wielandt et al. (2001) führen auf, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anwesenheit der

Familie, Freunden oder Bezugspersonen während dem Hilfsmitteltraining und dem Hilfsmittelgebrauch beim Follow-up gibt.

Zeit: Schemm et al. (1998) führen als Ergebnis auf, dass Therapeuten durchschnittlich eine Behandlungseinheit für die Instruktion der Badehilfsmittel verwenden, das heisst durchschnittlich neun Minuten pro Therapieeinheit. Bei den Anziehhilfen verwendeten die Therapeuten durchschnittlich zweieinhalb Therapieeinheiten für die Instruktion. Dies sind im Durchschnitt zehn Minuten pro Therapieeinheit. Die Therapeuten und Klienten empfanden die Zeit für das Training als angemessen (Schemm et al., 1998).

In der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) zum Thema Patientenedukation schätzten es die Klienten, wenn die Pflegefachpersonen genügend Zeit für sie aufwendeten. Es wird keine konkrete Zeitangabe gemacht.

4.3.5 Therapeutisches Verhalten

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse aufgezeigt, welche das therapeutische Verhalten während dem Hilfsmitteltraining bzw. der Patientenedukation beschreiben.

Gemäss Mäkeläinen et al. (2009) erwähnten 15 % der Klienten die Relevanz der emotionalen Unterstützung durch die Pflegefachpersonen, welche ihnen zuhörten und sich mit ihnen unterhielten.

Die Möglichkeit der Klienten jederzeit Fragen stellen zu können, wenn sie Informationen benötigten, führte in der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) zu Zufriedenheit. 8 % der Klienten waren zufrieden mit dem Gefühl, dass sie ihren Pflegefachpersonen vertrauen konnten und diese sich um diverse Angelegenheiten kümmerten und diese organisierten (Mäkeläinen et al., 2009). Klienten, die bezüglich der Patientenedukation zufrieden waren, spürten, dass ihre Fragen aufgenommen wurden und sie über alles sprechen konnten, was sie belastete. Zudem waren die Pflegefachpersonen sehr freundlich und pragmatisch. Die Klienten spürten das Interesse der Pflegefachpersonen bezüglich ihres Gesundheitsstatus, was als angenehm erachtet wurde (Mäkeläinen et al., 2009).

Laut Mäkeläinen et al. (2009) waren 7 % der Klienten, welche mit der Patientenedukation unzufrieden waren der Meinung, dass sie in einer fachmännischen Routine informiert wurden. Diese Klienten fühlten sich mit ihrer Krankheit alleine gelassen, weil sich die Pflegefachpersonen nicht auf ihr emotionales Wohlbefinden konzentrierten und keine Zeit hatten, sich mit ihnen über ihre Gefühle zu unterhalten (Mäkeläinen et al., 2009).

5. Diskussion

5.1 Kritische Auseinandersetzung mit Resultaten

In den nachfolgenden Abschnitten werden die bereits beschriebenen Resultate der herausgearbeiteten Themen kurz zusammengefasst und mit weiterführender Literatur diskutiert und ergänzt.

5.1.1 Gründe für den Nichtgebrauch

Im Kapitel 4.3 werden Aspekte aufgezeigt, welche die Wichtigkeit eines Hilfsmitteltrainings nochmals bestätigen. Diese Resultate werden nicht weiter diskutiert, da es in diesem Kapitel um den konkreten Inhalt des Hilfsmitteltrainings geht.

5.1.2 Ansätze

Klientenzentrierter Ansatz: Diverse Autoren empfehlen einen klientenzentrierten Ansatz für die Hilfsmittelversorgung und somit für das Hilfsmitteltraining zu wählen (Wielandt et al., 2001; Wielandt et al., 2006 & Gitlin et al., 1993). Mäkeläinen et al. (2009) führen dazu auf, dass die nicht auf die Bedürfnisse der Klienten angepassten Informationen zu Unzufriedenheit bezüglich der Patientenedukation führten.

Die Klientenzentrierung stellt gemäss Fisher (2009) im OTIPM einen zentralen Begriff dar. In einer klientenzentrierten Art und Weise zu arbeiten meint, eine gemeinschaftliche Beziehung mit dem Klienten aufzubauen sowie seine Interessen und Perspektiven zu verfolgen (Fisher, 2009). Es ist wichtig dem Klienten dort zu begegnen, wo er sich zurzeit befindet sowie die Sichtweise und Ziele des Klienten zu respektieren (Fisher, 2009). Die Anwendung dieses Ansatzes entspricht dem zeitgenössischen Paradigma (siehe Glossar) (Taylor, 2003; Townsend, 1993 zitiert nach Kielhofner, 2004).

Nach Law (1998) werden durch die klientenzentrierte Ergotherapie die Zeit und Ressourcen maximiert, da die Therapie auf diejenigen Aspekte fokussiert, die für den Klienten und seine Familie wichtig sind.

Umweltbezogener Ansatz (ecological approach): Gitlin et al. (1993) zeigen die Notwendigkeit des Wechsels vom medizinischen Bezugsrahmen, der die Verschreibung von Hilfsmitteln aufgrund der Diagnose beinhaltet, zu einem umweltbedingten Ansatz auf. In einem umweltbedingten Ansatz werden die individuellen Ziele, kulturelle Werte, die physikalischen und sozialen Eigenschaften zu Hause beachtet (Gitlin et al., 1993). Zwischen dem klientenzentrierten und umweltbezogenen Ansatz sind keine klaren Unterschiede zu verzeichnen. Beide beachten individuelle Ziele, kulturelle Werte und die persönliche Umwelt des Klienten.

Kombination verschiedener Ansätze: Gemäss den Pilotstudien von Gitlin et al. (1993) benötigen ältere Klienten in der Rehabilitation verschiedene individuelle Ansätze für Instruktionen. Gemäss den Studienergebnissen von Schemm et al. (1998) verwendeten die Therapeuten bei der Instruktion eine Kombination von Ansätzen. Die möglichen Kombinationen der Ansätze werden in der Studie nicht aufgeführt. Damit die Anwendbarkeit diskutiert werden könnte, wäre eine genauere Beschreibung der Ansätze notwendig.

5.1.3 Instruktionsmethoden

Gemäss Neville et al. (1993) erhielten die meisten Klienten verbale Instruktionen und Demonstrationen. Nur wenige wurden zu Hause instruiert (Neville et al., 1993). Schemm et al. (1998) unterstützen diese Ergebnisse. Sie haben herausgefunden, dass der grösste Teil der Instruktionsmethoden verbal erfolgte und einige Klienten Demonstrationen erhielten (Schemm et al., 1998). Weiter zeigen die Autoren auf, dass wenigen Klienten während dem Hilfsmitteltraining schriftliches Material abgegeben wurde (Schemm et al., 1998). Mäkeläinen et al. (2009) führen bezüglich Patientenedukation auf, dass nur ein kleiner Teil der Klienten schriftliches Material erhielt. Wielandt et al. (2001) haben herausgefunden, dass bei den angewendeten Hilfsmitteln am meisten Instruktionen während eines Hausbesuchs gemacht wurden, gefolgt von Demonstrationen und verbalen Instruktionen (Wielandt et al., 2001). Zudem empfehlen diese Autoren eine Nachkontrolle nach dem Spitalaustritt beim Klienten zu Hause. Die genannten Instruktionsmethoden werden in den folgenden Abschnitten diskutiert.

Verbale Anleitungen: In den Studien von Neville-Jan et al. (1993), Schemm et al. (1998) und Wielandt et al. (2001) wurden häufig verbale Anleitungen durchgeführt. Mäkeläinen et al. (2009) erwähnen in ihrer Studie zum Thema Patientenedukation dazu, dass die Klienten klare und verständliche Erklärungen schätzten. In der Studie von Johnson und Sandford (2005) wird die Kombination von verbalen und schriftlichen Materialien, im Gegensatz zum verbalen Anleiten, empfohlen. Die Kombination von verbalen und schriftlichen Materialien ermöglicht eine standardisierte Information für den Klienten und dessen Angehörige, welche das Wissen und die Zufriedenheit steigert (Johnson, Sandford & Tyndall, 2003).

Schriftliches Material: Schriftliche Instruktionen werden, abgesehen von Mäkeläinen et al. (2009) und Schemm et al. (1998) in den Studien selten als Instruktionsmethode erwähnt. McKenna und Scott (2007) haben in ihrer Studie untersucht, welche Prinzipien das Lesen und Verstehen von schriftlichem Material vereinfachen. Die Autoren beschreiben,

dass Teilnehmer in ihrer Studie durch schriftliches Material mehr Wissen erlangten. Die Mehrheit der Teilnehmer in der Studie von McKenna et al. (2007) bevorzugten eine zusammengefasste Version, die einfach zu lesen war und den Wissenstand förderte. Das Anwenden von Richtlinien für Inhalt und Design von Informationsmaterialien kann Ergotherapeuten dabei unterstützen, effektive Materialien hinsichtlich der Patientenedukation zu kreieren. Die Designmerkmale sind eine einfache und klare Sprache, Fragen und Antworten, Bilder die zum Verständnis beitragen, minimal 12 Punkte-Schrift sowie gut übersichtlich dargestellte Hauptpunkte (McKenna et al., 2007). Damit schriftliches Material unterstützend sein kann, muss es gemäss Paul und Redman (1997, zitiert nach McKenna et al., 2007) von den Klienten ohne Schwierigkeiten gelesen und der Inhalt verstanden werden können. In der Studie von Sharry, McKenna und Tooth (2002) wurde eine Kombination von verbalen und schriftlichen Instruktionen verwendet. Gemäss Johnson et al. (2005) unterstützt schriftliches Material den Klienten dabei, sich an verbale Informationen zu erinnern.

Demonstrieren: In den Studien von Neville et al. (1993), Schemm et al. (1998) und Wielandt et al. (2001) wird die Instruktionsmethode des Demonstrierens oft erwähnt. Post (1993) führt jedoch die Notwendigkeit auf, dass Konsumenten von Hilfsmitteln diese nicht nur demonstriert bekommen, sondern wenn möglich die Hilfsmittel sehen, ausprobieren und bei sich zu Hause ausprobieren können.

Videos, Grafiken und Bilder: Laut Schemm et al. (1998) sollen nicht nur schriftliche Instruktionen, sondern auch Videos verwendet werden. Die Instruktionen können mit Diagrammen und Bildern ergänzt werden. Die Autoren empfehlen neben dem schriftlichen Material Videos als Unterstützung zu nutzen, um mit Klienten, Familienmitgliedern und Bezugspersonen Sicherheitsaspekte bezüglich des Hilfsmittels anzuschauen (Schemm et al., 1998). Gemäss Johnson et al. (2005) ist es bedeutend, Informationen in einem Format weiterzugeben, das der Klient versteht. Dies können verbale Anleitungen und schriftliche Informationen sowie Hör- und Videokassetten sein (Johnson et al., 2005).

Hausbesuche: Instruktionen während Hausbesuchen werden in der Studie von Wielandt et al. (2001) (N=64) als die meist angewandte Form des Trainings angegeben. Diese Art des Hilfsmitteltrainings würde die Möglichkeit bieten, den Hilfsmittelgebrauch im relevanten Umfeld des Klienten zu üben. Diese Resultate unterscheiden sich laut Wielandt et al. (2001) von denen von Neville-Jan et al. (1993), welche in ihrer Studie (N=50) herausgefunden haben, dass Demonstrationen und verbale Erklärungen als die häufigsten Formen von Hilfsmitteltraining angegeben wurden. Diese Studie gibt an, dass nur wenige (8 %) ein

Hilfsmitteltraining zu Hause erhielten. Der Unterschied der Instruktionmethoden, welche in den eben genannten Studien am häufigsten verwendet wurden, wird von Wielandt et al. (2001) hervorgehoben. Hausbesuche werden den Instruktionmethoden: dem verbalen Anleiten, dem Abgeben schriftlichen Materials und Demonstrationen gleichgesetzt. Hier ist zu bemerken, dass der Hausbesuch die anderen Instruktionmethoden nicht ausschliesst. Demonstrationen und verbale Erklärungen können auch als Instruktionen während Hausbesuchen angewendet werden. Auf die Hausbesuche und die Anwendung im schweizerischen Kontext wird im nachfolgenden Themenbereich Setting detaillierter eingegangen.

Nachkontrolle: Wielandt et al. (2001) empfehlen eine Nachkontrolle nach dem Spitalaustritt. Diese Empfehlung wird durch Finlay und Havixbeck (1992, zitiert nach Chiu et al., 2004) unterstützt. Sie nennen als Grund bezüglich des Nichtgebrauchs von Hilfsmitteln, nachdem die Klienten entlassen wurden, dass Ergotherapeuten keine Nachkontrolle durchführen konnten. Ergotherapeuten wissen nicht, ob ihre Interventionen adäquat und effektiv waren im Erhöhen der Selbständigkeit, ausser wenn die Patienten nachfragten oder nicht erwünschte Hilfsmittel wieder zurückbrachten (Chiu et al., 2004). Die Nachkontrolle der Hilfsmittel ist ein wichtiger Teil der Dienstleistungen der Hilfsmittelversorgung (De Klerk, 1997; Welch & Flynn, 1997 zitiert nach Wessels et al., 2003). Wenn Hilfsmittel regelmässig überprüft werden, können Fehler in der Anwendung korrigiert und die Anwendung der Hilfsmittel überwacht werden (De Klerk, 1997; Welch & Flynn, 1997 zitiert nach Wessels et al., 2003). Laut Kohn, LeBlanc & Mortola (1994, zitiert nach Chiu et al., 2004) sind Hilfsmittel nicht in jedem Kontext geeignet. Es gibt Hilfsmittel, die in Spitälern hilfreich sind, nicht aber zu Hause. Es werden jedoch keine konkreten Beispiele genannt. Ohne eine Nachversorgung durch Ergotherapeuten bei den Klienten zu Hause, kann es für die Patienten schwierig sein, das in einem institutionellen Setting Gelernte auf das Setting zu Hause übertragen zu können. Um Probleme zu reduzieren und die Zufriedenheit zu steigern, sind regelmässige Nachkontrollen bezüglich Hilfsmittel wichtig (Kohn, LeBlanc & Mortola, 1994, zitiert nach Chiu et al., 2004).

Gemäss Wielandt et al., (2006) sollen Instruktionmethoden so gewählt werden, dass sich die Klienten an das Hilfsmitteltraining erinnern können. Sie haben mittels ihrer Studie herausgefunden, dass Personen, welche sich auf ihr Hilfsmitteltraining berufen können, die Hilfsmittel öfters gebrauchen, als diejenigen, die sich nicht mehr an das Training erinnern. In der Studie von Wielandt et al. (2006) wird nicht beschrieben, wie das Hilfsmitteltraining konkret gestaltet werden sollte, damit sich der Klient an das Training erinnern kann. Es

kann angenommen werden, dass Faktoren wie Motivation, aktive Teilnahme am Training, Alter usw. die Erinnerungsfähigkeit beeinflussen (Wielandt et al., 2006).

5.1.4 Setting

Therapieort: Gemäss Wielandt et al. (2001) fand das Training aufgrund der Möglichkeit den Hilfsmittelgebrauch im eigenen Umfeld zu üben, am häufigsten während einem Hausbesuch statt. In der Studie von Schemm et al. (1998) fanden die Instruktionen mehrheitlich in der Klinik (Therapieraum, Zimmer und Badezimmer) statt. Dies zeigt auf, dass die meisten Trainingseinheiten die lebensgetreue Situation der Klienten simulierte und nicht direkt repräsentierte (Schemm et al., 1998). Nach Gitlin et al. (1993) ist es notwendig, den Kontext zu Hause beim Klienten zu beachten, da dieser den Hilfsmittelgebrauch beeinflusst. Es gibt viele Argumente und Aussagen, die für das Trainieren zu Hause beim Klienten sprechen. Das Demonstrieren der Hilfsmittel zu Hause in Programmen der Ergotherapie erhöhte gemäss der Studie von Gitlin und Levine (1992, zitiert nach Chiu et al., 2004) die Rate des Hilfsmittelgebrauchs. Auch Chiu et al. (2004) haben in ihren Studien herausgefunden, dass ein Nichtgebrauch von Hilfsmittel durch Hausbesuche vermindert werden kann.

Gemäss Chamberlain (1979) sind Instruktionen, die im institutionellen Kontext vermittelt werden, nicht unbedingt auf zu Hause übertragbar. Czyganowski (2009) stellt diesen Aspekt im Beispiel mit einem Rollator dar. Dieses Beispiel lässt sich auf andere Hilfsmittel übertragen. Czyganowski (2009) ist der Meinung, dass Alltagshilfen möglichst alltagsnah eingesetzt werden sollten. Auf die Dauer reicht es nicht aus, wenn sich der Klient nur in der Rehabilitation im idyllisch angelegten Park auf geebneten Wegen mit seinem Rollator fortbewegt, wenn er doch zu Hause in der Grossstadt Bordsteinkanten, Rolltreppen und dichtes Gedränge bewältigen muss (Czyganowski, 2009). Deshalb ist möglichst alltagsnahes Üben indiziert (Fries, Pott, Lojewski, 2007 zitiert in Czyganowski, 2009).

Laut Ripat und Booth (2005) ist es wichtig den Nutzer zu fragen, in welchem Setting das Hilfsmittel gebraucht wird. Teilnehmer in dieser Studie erzählten von Situationen, wo ein spezifisches Hilfsmittel im klinischen Setting gebraucht werden konnte, jedoch nicht zu Hause. Es ist wichtig, dass Klienten Hilfsmittel in ihrem Umfeld ausprobieren können, bevor sie die Hilfsmittel kaufen. Die Anwendung der Hilfsmittel kann in verschiedenen Settings unterschiedlich sein (Ripat et al., 2005).

Die Mitarbeiter des Rehabilitationsteams sollen sich gemäss Chamberlain (1979) bewusst sein, dass sich das Spitalmilieu von der häuslichen Umgebung des Klienten unterscheiden

kann. Somit kann es für Klienten schwierig sein, Tätigkeiten, die sie im Spital gelernt haben, auf die Situation zu Hause zu übertragen. Weiter führt die Autorin auf, dass es wichtig ist, Klienten und Angehörige kurz nach der Spitalentlassung durch qualifizierte Ergotherapeuten im Gebrauch der Hilfsmittel in der Heimsituation zu instruieren.

Aufgrund der Empfehlung, Hausbesuche durchzuführen wurde der Frage nachgegangen, ob dies im schweizerischen Kontext durchführbar wäre. Im Tarifvertrag der Santésuisse mit dem ErgotherapeutInnen Verband Schweiz und dem schweizerischen Roten Kreuz, ist die Entschädigung für die Wegzeit zum Klienten nach Hause geregelt. Bei einer Behandlung ausserhalb des Ergotherapiezentrum oder einer Ergotherapiepraxis, die therapeutisch begründet oder medizinisch indiziert ist, können Kosten für den Weg verrechnet werden (Santésuisse, 2004). Die Finanzierung ist somit geregelt. Institutionelle Bedingungen müssen individuell betrachtet werden. Erfahrungen von Verena Langlotz und den Verfasserinnen zeigen, dass für ein Hilfsmitteltraining selten Hausbesuche gemacht werden. Es ist unklar, weshalb wenige Hausbesuche durchgeführt werden. Ein Grund dafür könnte der finanzielle Aspekt sein. Gemäss dem Tarifvertrag (Santésuisse, 2004) ist der Taxpunkt-wert für die Ergotherapeutische Massnahme in Anwesenheit des Klienten höher wie für die Wegzeit.

Therapieform: In der Studie von Schemm et al. (1998) fand die Instruktion von Badehilfsmitteln und Anziehhilfen jeweils bei einem Teilnehmer im Gruppensetting statt. Hill (2003) beschreibt, dass Patientenedukation im Einzel- oder Gruppensetting ablaufen kann. Dabei betont sie, dass die Inhalte des Programms im Einzelsetting flexibler gestaltet werden und spezifischer auf einzelne Bedürfnisse des Klienten eingegangen werden kann. Laut Kubny-Lüke (2007) spielt sich das menschliche Leben in seiner Umgebung in vielfältigen Beziehungsstrukturen und in Gruppen ab. Aus diesem Grund entsteht durch die Therapie in der Gruppe ein stärkerer Bezug zur Wirklichkeit. Zudem bietet das Gruppensetting vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten (Kubny-Lüke, 2007). Weiter beschreibt Haase (2007), dass therapeutische Inhalte, die eher Schulungscharakter aufweisen, in Gruppen ebenso gut und wirtschaftlicher als in Einzeltherapien vermittelt werden können. Auch Hammond (2004) empfiehlt Gruppentherapien, da diese Form effektiver ist und die Ressourcen dabei mehr genutzt werden.

In der Studie von Schemm et al. (1998) wurden selten andere Familienmitglieder, andere Klienten oder Gesundheitspersonal in das Hilfsmitteltraining einbezogen. Wielandt et al. (2006) und Schemm et al. (1998) empfehlen jedoch die Präsenz von Angehörigen während des Hilfsmitteltrainings.

In der Literatur konnten weitere Aussagen ausfindig gemacht werden, welche die Empfehlung von Wielandt et al. (2006) und Schemm et al. (1998) unterstützen. Laut Ehlebracht-König et al. (2002) stellt die soziale Unterstützung bei chronischen Erkrankungen einen wichtigen Aspekt dar. In diesem Zusammenhang spielen die Familien eine bedeutende Rolle (Ehlebracht-König et al., 2002). Gemäss Chiu et al. (2004) ist es wichtig, dass Ergotherapeuten Angehörige in das Hilfsmitteltraining einbeziehen. Kurze Behandlungseinheiten beim Klienten zu Hause sowie der Einbezug von Familienmitgliedern und Pflegern in die Behandlungseinheiten in der Rehabilitationsklinik könnte gemäss Schemm et al. (1998) den Übergang von der Institution nach Hause erleichtern. Diese Behandlungseinheiten könnten während Abenden und Wochenenden stattfinden, wenn Familienmitglieder eher anwesend sein können (Schemm et al., 1998). Therapeuten arbeiten für gewöhnlich nicht an Abenden oder Wochenenden. Für die Durchführung der Therapien zu den genannten Zeiten ist eine Anpassung der geregelten Arbeitszeit vorzunehmen.

Zeit: In der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) zum Thema Patientenedukation schätzten es die Klienten, wenn die Pflegefachpersonen genügend Zeit für sie aufwendeten. Bezüglich der Zeit wurden keine spezifischen Angaben gemacht. Konkret auf das Hilfsmitteltraining bezogen, haben nur Schemm et al. (1998) Bezug zum zeitlichen Faktor genommen. Die Autoren führen wie bereits erläutert als Ergebnis auf, dass Therapeuten durchschnittlich eine Behandlungseinheit für die Instruktion von Badehilfsmitteln verwendeten, das heisst durchschnittlich neun Minuten pro Therapieeinheit. Bei den Anziehhilfen verwendeten die Therapeuten durchschnittlich zweieinhalb Therapieeinheiten für die Instruktion. Dies sind im Durchschnitt zehn Minuten pro Therapieeinheit. Es wird jedoch nicht beschrieben über welchen Zeitraum die Instruktionen stattfanden. Die Therapeuten und Klienten erachteten diesen Zeitaufwand als angemessen (Schemm et al., 1998). Hingegen erwähnen Jans und Scherer (2006) dazu, dass in ihrer Studie mangelnde Zeit für das Hilfsmitteltraining als eine Barriere des Trainings angegeben wurde.

In allen Hauptstudien der vorliegenden Arbeit finden sich keine konkreten Angaben über den Zeitpunkt des Hilfsmitteltrainings. Dieser spielt jedoch eine bedeutende Rolle. Wenn Klienten ihre Diagnose erst kürzlich erhalten haben, reagieren sie zu Beginn oft ablehnend (Hill, 2003). Es wäre nicht angebracht zu diesem Zeitpunkt mit einem Edukationsprogramm zu beginnen. Die Klienten müssen aufnahmefähig und motiviert sein, um eine Verhaltensänderung, welche ein Hilfsmitteltraining mit sich bringt (siehe Kapitel 1), vorzunehmen (Hill, 2003).

Da die Hauptstudien aus dem englischsprachigen Raum stammen, werden im Folgenden die Gegebenheiten der zeitlichen Therapiebedingungen in der Schweiz erläutert. Gemäss dem Tarifvertrag der Santésuisse (2004) wurde ein Zeittarif vereinbart. Der Therapeut kann seine Leistungen pro volle oder angebrochene Viertelstunde in Rechnung stellen. Ergotherapeuten sind dazu verpflichtet, sich bezüglich der Anzahl Behandlungseinheiten und Art der Behandlung auf das für den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken. Durchschnittlich dauern gemäss Santésuisse (2004) Massnahmen in Anwesenheit der Klienten zwischen 30 und 90 Minuten. Eine Einzelbehandlung ist auf maximal 120 Minuten beschränkt, bei Gruppen wird das Limit bei 180 Minuten gesetzt (Santésuisse, 2004). Dies zeigt auf, dass Therapeuten die Dauer der Intervention individuell bestimmen können. Zudem kann aus den eben genannten Zeiten gefolgert werden, dass ein Zeitmangel für das Hilfsmitteltraining, wie in der amerikanischen Studie von Jans et al. (2006) beschrieben wird, in der Schweiz nicht gerechtfertigt ist.

5.1.5 Therapeutisches Verhalten

Vertrauen: Die Klienten, die mit der erhaltenen Patientenedukation zufrieden waren, erwähnten, dass sie jederzeit Fragen stellen durften, wenn sie mehr Informationen benötigt hätten. Sie waren zufrieden, wenn sie spürten, dass ihre Fragen aufgenommen wurden und ein freundlicher sowie pragmatischer Umgang gepflegt wurde. Die Klienten schätzten, dass sie ihren Pflegefachpersonen vertrauen konnten und diese genügend Zeit für sie hatten (Mäkeläinen et al., 2009).

Blank (2004) empfiehlt ein ruhiges, respektierendes Verhalten der Therapeutin, welche die Fragen der Klienten beantwortet, ohne diese zu werten. Um eine gute Beziehung zum Klienten herzustellen, ist es wichtig eine Vertrauensbasis herzustellen (Feiler, 2007).

Empathie: Die Pflegefachpersonen waren in der Studie von Mäkeläinen et al. (2009) sehr freundlich und pragmatisch. Die Klienten spürten das Interesse der Pflegefachpersonen bezüglich ihres Gesundheitsstatus, was als angenehm erachtet wurde. Gemäss Dehn-Hindenberg (2007) ist ein empathisches, einfühlsames Verhalten ausschlaggebend für eine erfolgreiche Therapie. Zudem vermittelt ein empathisches, menschliches und einführendes Verhalten, die Gewissheit, dass der Therapeut kompetent ist (Dehn-Hindenberg, 2007).

Emotionales Wohlbefinden: Laut Mäkeläinen et al. (2009) bemängelten Klienten, welche mit der Patientenedukation unzufrieden waren, dass sie in einer fachmännischen Routine informiert wurden. Diese Klienten fühlten sich mit ihrer Krankheit alleine gelassen, weil

sich die Pflegefachpersonen nicht auf ihr emotionales Wohlbefinden konzentrierten und keine Zeit hatten, sich mit ihnen über ihre Gefühle zu unterhalten. Es ist wichtig, dass nebst dem Vermitteln von medizinischen behandlungsbezogenen Informationen auch auf das emotionale Wohlbefinden der rheumatisch erkrankten Klienten fokussiert wird (Mäkeläinen et al., 2009). Wessels et al. (2003) unterstützen die eben gemachte Aussage, indem sie aufführen, dass es bei einer Informationsvermittlung notwendig ist, Gefühle mit einzubeziehen. Gemäss Liu, Chan und Hui-Chan (2000) interagieren Therapeuten mit ihren Klienten, um ihre Bedürfnisse zu verstehen und sind interessiert, wie sich die Klienten in der Behandlung fühlen (Liu et al., 2000).

Gesprächsmethoden wie Repetieren, Zusammenfassen, Gefühle Einbeziehen und aktives Zuhören sind Fähigkeiten, welche bei einer Informationsweitergabe angewendet werden sollen (Wessels et al., 2003).

5.2 Theorie-Praxis-Transfer

Die nachfolgenden Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis sind nicht eins zu eins auf jeden Klienten anwendbar, sondern müssen auf die jeweilige individuelle Situation des Klienten und die institutionellen Rahmenbedingungen angepasst werden. Die Empfehlungen, welche auf der Literatur basieren, werden mit Aspekten aus der Diskussion mit Verena Langlotz, Ergotherapeutin der Rheumaliga Zürich, ergänzt. Durch den Erfahrungsaustausch mit der Rheumaliga Zürich konnte die Umsetzung der aus der Literatur generierten Empfehlungen konkret mit der Praxis analysiert und mögliche Auswirkungen besprochen werden.

Ansätze: Für das Hilfsmitteltraining wird ein klientenzentrierter Ansatz empfohlen (Wielandt et al. 2001; Wielandt et al. 2006 & Gitlin et al., 1993). Klientenzentriert zu arbeiten, beinhaltet laut Fisher (2009) eine gemeinschaftliche Beziehung mit dem Klienten aufzubauen sowie seine Interessen und Perspektiven zu verfolgen. Es ist wichtig den Klienten dort abzuholen, wo er sich zurzeit befindet (Fisher, 2009). Dazu kann die Anwendung des Transtheoretischen Modells (TTM), welches von Prochaska und DiClemente 1983 entwickelt wurde, hilfreich sein. Das Modell beschreibt gemäss Aegler und Heigl (2008) sechs Stufen der Verhaltensänderung. Dazu werden jeweils für jede Stufe, auf der sich der Klient befinden kann, Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt (Aegler et al., 2008). Basierend auf diesem Modell und den Überlegungen in Bezug auf das Hilfsmitteltraining lässt sich schliessen, dass je nach Krankheitsphase des Klienten ein anderer Ansatz nötig ist. Prob-

lematisch könnte der Beginn eines Hilfsmitteltrainings sein, wenn sich der Klient seiner Einschränkungen noch nicht bewusst ist. Der Klient muss womöglich zuerst das Bewusstsein für seine Einschränkungen erlangen, bevor mit dem Hilfsmitteltraining begonnen werden kann. Dieser Aspekt kann mit dem Transtheoretischem Modell aufgezeigt werden. Das TTM stellt eine Basis für die Entwicklung effektiver und effizienter Interventionen zur Verhaltensänderung dar (Keller, 2004). Zudem bildet, gemäss Keller (2004), das TTM für Praktiker einen empirischen Hintergrund, um den Klienten dort abzuholen, wo er gerade steht. Das Verständnis von Verhaltensänderungen als Prozess und die Transparenz der für weitere Veränderungen notwendigen Schritte, führt zur Entlastung des Klienten sowie Therapeuten (Keller, 2004). Weitere Informationen zum Transtheoretischen Modell befinden sich im Anhang.

Instruktionsmethoden: Es werden verschiedene Instruktionsmethoden im Hilfsmitteltraining angewendet (Neville et al., 1993; Schemm et al., 1998, Wielandt et al. 2001; Mäkeläinen et al, 2009). Aufgrund der Auseinandersetzung mit weiterführender Literatur scheint eine Kombination von verbaler und schriftlicher Anleitung sinnvoll (Johnson et al., 2003; Johnson et al. 2005). Aus ihrer eigenen Erfahrung kann Verena Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) beitragen, dass es sinnvoll ist, den Klienten wichtige Punkte im Gebrauch der Hilfsmittel selber notieren zu lassen oder diese mit ihm gemeinsam zu notieren.

Als Ergänzung zu den genannten Instruktionsmethoden können Videos verwendet werden (Schemm et al. 1998; Johnson et al., 2005). Die Rheumaliga Schweiz plant Videos für die einzelnen Alltagshilfen zu erstellen. Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) fügt dazu an, dass beachtet werden muss, ob die Klienten Zugang zu einem Videorekorder bzw. DVD-Player haben, denn häufig sind ältere Menschen in der Therapie, welche noch nicht mit elektronischen Medien vertraut sind.

Die Hilfsmittel sollen von den Klienten ausprobiert werden können (Post, 1993). Verena Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) demonstriert jeweils kurz, wie das Hilfsmittel funktioniert und was beachtetet werden muss, lässt dann aber die Klienten das Hilfsmittel möglichst alleine ausprobieren.

Weiter wird in der Literatur eine Nachkontrolle empfohlen (Wielandt et al., 2001; Finlay & Havixbeck, 1992, zitiert nach Chiu et al., 2004; De Klerk, 1997, Welch & Flynn, 1997, zitiert nach Wessels et al., 2003; Kohn, LeBlanc & Mortola, 1994, zitiert nach Chiu et al., 2004). Die Rheumaliga Schweiz stellt zurzeit Überlegungen zur Einbindung einer Nach-

kontrolle in den Hilfsmittelprozess an. Eine Möglichkeit stellt gemäss Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) die telefonische Abklärung dar. So kann zum Beispiel nachgefragt werden, ob das Hilfsmittel gut installiert ist und ob sich die Klienten noch an die wichtigsten Punkte des Hilfsmittelgebrauchs erinnern können. Ein Nachteil könnte die eingeschränkte Auswertung des Hilfsmitteltrainings und -gebrauchs sein. Es lässt sich daraus schliessen, dass ein weiterer Hausbesuch beim Klienten sinnvoll sein und von Beginn an als Behandlungseinheit eingeplant werden könnte. So könnte beispielsweise bei einer Verordnung jeweils die neunte Behandlung als Nachkontrolle dienen. Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) führt eine Möglichkeit auf, den Hilfsmittelgebrauch bei der Nachkontrolle auszuwerten. Angehörige könnten den Klienten während der Anwendung des Hilfsmittels filmen. Diese Sequenzen könnten bei der Nachkontrolle gemeinsam analysiert werden.

Klienten im korrekten Gebrauch der Hilfsmittel zu instruieren und zu trainieren ist ein sehr wichtiger Teil des Hilfsmittelprozesses. Denn gemäss Wielandt et al. (2001) ist das fehlende Wissen bezüglich der korrekten Anwendung des Hilfsmittels ein häufiger Grund für den Nichtgebrauch.

Instruktionsmethoden sollen individuell ausgewählt und angepasst werden. Um die Art des Lernens zu optimieren, müssen sich Ergotherapeuten jedoch bewusst sein, dass der Informationsverarbeitungsprozess individuell ist. Der individuelle Lerntyp muss beachtet werden, da die Lerntypen von Mensch zu Mensch unterschiedlich sind. Diese Aspekte müssen beim Hilfsmitteltraining beachtet werden (Kautzmann, 1991, zitiert nach Wielandt et al., 2006). Daraus lässt sich die Möglichkeit schliessen, den Klienten auf seinen individuellen Lerntyp anzusprechen. Es gibt Klienten, die ihren Lerntyp kennen oder zumindest erklären können, wie sie erfahrungsgemäss am besten lernen. Zudem gibt es diverse Kurztests zur Bestimmung des Lerntyps wie beispielsweise der Lernstiltest nach Kolb (Johner, o.D.).

Setting: Als Therapieort wird das Zuhause des Klienten empfohlen und es ist wichtig beim Hilfsmitteltraining den Kontext des Klienten zu beachten (Wielandt et al, 2001; Gitlin et al, 1993; Gitlin et al., 1992, zitiert nach Chiu et al., 2004; Chiu et al., 2004; Ripat et al., 2005). Es zeigt sich, dass Hausbesuche jedoch ein Vorhandensein einer Fahrgelegenheit fordern und der Weg zum Klienten im zeitlichen Rahmen liegen soll. Im Tarifvertrag mit Santésuisse (2004) ist die Wegzeitentschädigung geregelt. Oft liegen Rehabilitationskliniken abgelegen, weshalb die Durchführung von Hausbesuchen schwierig wird. In diesem

Fall könnte es sinnvoll sein, den Klienten nach dem Aufenthalt an eine ambulante Stelle in der Nähe des Wohnorts zu verweisen. Gemäss Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) gibt es diverse mögliche Gründe, weshalb momentan wenige Hausbesuche von Fachpersonen aus Kliniken und Praxen gemacht werden. Dies sind unter anderem die grosse Anzahl von Klienten, die Wegzeit und der finanzielle Aspekt.

Während des Hilfsmitteltrainings sollen Angehörige oder Bezugspersonen einbezogen werden (Schemm et al., 1998; Wielandt et al., 2006; Ehlebracht-König et al., 2002; Chiu et al., 2004). Da Angehörige tagsüber häufig nicht zu Hause sind, wird empfohlen, die Therapien auch über Mittag, am Abend oder am Wochenende durchzuführen (Schemm et al., 1998). Verena Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) führt die Hausbesuche auch über den Mittag und am Wochenende durch. Durch den Einbezug der Angehörigen können weitere Informationen bezüglich des Klienten gesammelt und die Situation aus einer anderen Perspektive betrachtet werden (V. Langlotz, persönliche Kommunikation, 26. März, 2012).

Eine weitere Frage, die sich stellt, ist die Wahl der Therapieform. Einzel- und Gruppentherapien bieten verschiedene Vor- und Nachteile (Hill, 2003; Kubny-Lüke, 2007; Haase, 2007; Hammond, 2004). Es empfiehlt sich deshalb, individuell für jeden Klienten und abhängig vom Hilfsmittel zu entscheiden, ob Einzel-, Gruppentherapie oder eine Kombination beider Therapieformen gewählt wird. In der Einzeltherapie kann flexibler auf den Klienten eingegangen werden (Hill, 2003). Eine Gruppentherapie eignet sich gemäss Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) vor allem bei Hilfsmitteln für die Küche. Die anderen Hilfsmittel eignen sich weniger für ein Gruppensetting, da sie zu intim sind (z.B. Anziehtraining in der Gruppe). Bei der Rheumaliga Zürich wurden in früheren Jahren Gruppentherapie in einer Therapiewohnung angeboten. Das Angebot ist jedoch langfristig auf wenig Interesse gestossen. Ein Grund dafür könnte die zuvor genannte Intimität darstellen.

Für den zeitlichen Rahmen können keine Angaben aufgrund der Literatur gemacht werden. Verena Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) führt zwei Behandlungen zu jeweils einer bis eineinhalb Stunden durch. Der Zeitpunkt des Hilfsmitteltrainings hat Einfluss auf das Hilfsmitteltraining. Wenn der Klient noch nicht auf den Hilfsmittelgebrauch sensibilisiert ist, steht die Aufklärung im Zentrum. Dabei ist es laut Langlotz (persönliche Kommunikation, 26. März, 2012) sinnvoll, das Transtheoretische Modell zu beachten (Vgl. Themenbereich Ansätze im Kapitel 5.2).

Therapeutisches Verhalten: Bei der Arbeit mit dem Klienten ist es wichtig allgemeine Grundsätze wie den Vertrauensaufbau und empathisches Verhalten gegenüber dem Klienten zu beachten (Blank, 2004; Feiler, 2007; Mäkeläinen et al., 2009; Dehn-Hindenberg, 2007; Wessels et al., 2003; Liu et al., 2000).

Es lässt sich folgern, dass es wichtig ist, beim Hilfsmitteltraining nicht nur pragmatischen Aspekten (Funktion des Hilfsmittels, Fokus auf Handhabung der Hilfsmittel) zu folgen, sondern auch Gefühle des Klienten zu berücksichtigen. Dabei ist es relevant zu wissen, wie sich der Klient in der Therapie (Liu et al., 2000) und im Umgang mit den Hilfsmitteln fühlt.

Folgende zusammenfassende Darstellung bestätigt die oben genannten Ergebnisse.

Therapeuten geben in der Studie von Gitlin et al. (1993) Empfehlungen für das Spitalpersonal bezüglich der Hilfsmittelauswahl und des Hilfsmitteltrainings für ältere Klienten ab. Fünf Hauptthemen sind durch die offenen Fragen zusammengekommen. Sie beinhalteten gemäss Gitlin et al. (1993) die Notwendigkeit der Therapeuten:

- Innovative Instruktionsstrategien zu entwickeln
- Klienten durch Patientenedukation zu bestärken
- Klienten nach ihren Notwendigkeiten und Werten zu fragen
- Angehörige zu involvieren
- Komplexität der Kontextfaktoren zu Hause zu bedenken

5.3 Zusammenarbeit mit der Rheumaliga

Die Zusammenarbeit und der Austausch mit der praktizierenden Ergotherapeutin der Rheumaliga Zürich wurde von den Verfasserinnen als bereichernd empfunden, da die Theorie dadurch konkret mit der Praxis verbunden werden konnte. Die Resultate sowie die kritische Auseinandersetzung mit weiterführender Literatur wurden mit Verena Langlotz diskutiert und mit ihrer Situation verglichen. Grundsätzlich konnte für die Rheumaliga Zürich keine neuen Empfehlungen für ein effektives Hilfsmitteltraining abgegeben werden, jedoch konnten ihre bisherige Vorgehensweise als effektiv bestätigt oder sie in ihrem zukünftigen Vorhaben (z.B. Einführung von Videos) bestärkt werden. In einer vorangehenden Bachelorarbeit wurde das MPT als Modell für den Hilfsmittelversorgungsprozess empfohlen. Nun würde es darum gehen das Hilfsmitteltraining, welches im ursprünglichen Modell fehlt, zu integrieren. Dies ist bei der Rheumaliga Zürich bereits in Bearbeitung (V. Langlotz, persönliche Kommunikation, 26. März, 2012).

5.4 Limitationen

Es handelt sich um eine Bachelorarbeit auf Basis einer Literaturrecherche. Es wird keine Forschung im Sinne einer neuen Datenerhebung vollzogen. Die Verfasserinnen führen zum ersten Mal eine wissenschaftliche Arbeit in diesem Rahmen durch und sind im Bereich der kritischen Analyse der Studien und beim Aufbau der Methodik noch wenig erfahren. Die Hauptstudien sind generell sehr alt. Die ältesten Hauptstudien waren von 1993. Da der Vorgang der Studiensuche nach den für die Fragestellung wichtigen Aspekten komplex war, könnte es sein, dass nicht alle relevanten Daten extrahiert wurden. Zudem wurde bei der Datenbank OT-Seeker aufgrund der hohen Trefferzahl eine Zeitlimitierung eingefügt. Dies könnte dazu geführt haben, dass nicht alle wichtige Fachliteratur gefunden wurde. Möglicherweise kann es zu Fehlern beim Verstehen oder Übersetzen der Literatur gekommen sein, da die analysierte Literatur in einer Sprache (Englisch), welche für die Verfasserinnen eine Fremdsprache ist, geschrieben wurden. Die Themen bezüglich des Hilfsmitteltrainings sind von den Verfasserinnen gebildet worden und durch die Analyse der sechs Hauptstudien entstanden. Die aufgelisteten Themen sind nur eine Möglichkeit die Resultate der Studie zusammenzufassen und zu interpretieren. Da die Studien aus dem englischsprachigen Raum stammen, sind die Resultate nicht vollumfänglich auf die Schweiz übertragbar.

Die Evidenz der Studie ist tief. Die Studien entsprechen gemäss der Evidenzhierarchie (Deutsches Cochranezentrum, 2012) der dritten Stufe. In dieser Arbeit sind keine RCTs (Randomized controlled trials) oder systematische Reviews oder Metaanalysen enthalten. Die Resultate müssen aufgrund den Limitationen und tiefer Evidenz der Studien kritisch hinterfragt werden.

Die Ergebnisse sind nicht generalisierbar. Die Studien beinhalten nicht alle explizit ein rheumatisches Krankheitsbild. Oft wird nur erwähnt, dass Teilnehmer mit orthopädischen Defiziten in die Studie miteinbezogen wurden.

Es gibt viele Studien zum Gebrauch der Hilfsmittel, aber selten wird beschrieben wie das Hilfsmitteltraining konkret aussah. Aus diesem Grund ist weitere Forschung notwendig. Wielandt et al. (2001) fügt dazu an, dass es ein wichtiger Bestandteil des Hilfsmittelversorgungsprozesses ist, den Klienten im richtigen Hilfsmittelgebrauch zu unterstützen. In der vorhandenen Literatur der Ergotherapie ist unklar, wie ein angemessenes Hilfsmitteltraining aufgebaut sein sollte. Vermutlich würde dies aufgrund der verschiedenen speziellen Bedürfnisse der Klienten variieren.

6. Schlussfolgerungen

Aufgrund der Literaturrecherche konnten den Ergotherapeuten Empfehlungen für ein Hilfsmitteltraining bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen gegeben werden. Es ist jedoch wenig Literatur zum Thema vorhanden. Die vorhandene Literatur weist eine tiefe Evidenz auf. Durch die Bearbeitung des Themas ergaben sich offene Fragen und die Notwendigkeit weiterer Forschung wurde deutlich.

6.1 Offene Fragen und Zukunftsaussicht

Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema stellten sich die Verfasserinnen folgende Fragen:

- Die Studien zum Thema Hilfsmitteltraining sind alt.
→ Weshalb gibt es keine aktuelle Literatur zu diesem relevanten und aktuellen Thema?

In einem persönlichen Mail an Forscher der Hauptstudien wurden Gründe für den Mangel an aktueller Forschung erfragt. Laura Gitlin, Autorin von zwei Hauptstudien der vorliegenden Arbeit, antwortete und führte ihre Vermutungen bezüglich der alten Literatur und der auf Eis gelegten Forschung auf:

“You ask an excellent question and I am not sure exactly why there continues to be little research in this area. Here are a few thoughts:

1. in the USA at least, there is very limited funding for research in general and specifically for device testing.
2. many view device testing as part of the responsibility of industry
3. assistive technologies are part of a larger set of tools/adaptations/interventions and as such they are being tested within other multi-component interventions.
4. unless a particular company pays for the test of their device, most behavioral scientists are embedding technologies into larger interventions and using them as one of several strategies.” (L. Gitlin, persönliche Kommunikation, 5. März, 2012)

- Es gibt viele Studien zum Gebrauch von Hilfsmitteln, aber selten wird beschrieben, wie das Hilfsmitteltraining konkret aussah. Auch im Gespräch mit der Rheumaliga Zürich und im Kontakt mit Laura Gitlin wird diese Notwendigkeit bestätigt. Aus diesem Grund ist weitere Forschung indiziert.
→ Wie soll ein Hilfsmitteltraining konkret durchgeführt werden? Wie würde ein einheitliches Konzept aussehen?

- Studien beschreiben nur Instruktionmethoden, beurteilen jedoch nicht deren Effektivität.
→ Welches sind effektive Instruktionmethoden?
- Die Langzeiteffektivität des Hilfsmitteltrainings wurde in den bisherigen Studien nicht berücksichtigt.
→ Wie ist die Langzeiteffektivität der Empfehlungen aus der bisherigen Literatur?
- Forschung im schweizerischen Kontext wäre für die Rheumaliga Zürich und weitere Institutionen äusserst wertvoll.
→ Wie sieht ein Hilfsmitteltraining konkret im schweizerischen Kontext aus und warum werden wenige Hausbesuche gemacht?
- Ergotherapeuten sind im Umgang mit Hilfsmitteln spezialisiert, werden jedoch bei der Herstellung von Hilfsmitteln selten einbezogen.
→ Wäre es sinnvoll Ergotherapeuten in die Entwicklung und Herstellung von Hilfsmitteln einzubeziehen?
- In den Hauptstudien wurden oft nur ältere Personen (durchschnittlich ca. 60 Jahre) einbezogen. Es können jedoch auch jüngere Personen an einer rheumatischen Erkrankung leiden.
→ Wie sieht das Hilfsmitteltraining bei jüngeren Klienten aus?

In Zukunft erhoffen sich die Verfasserinnen evidenzbasierte Richtlinien (Leitlinien) oder ein einheitliches Konzept, wie ein Hilfsmitteltraining effektiv durchgeführt werden kann.

- Das Trainieren verschiedener Fähigkeiten (z.B. im Bereich Sport und Wissen) kommt auch in anderen Professionen vor. Es wäre sinnvoll sich mit den Lehr- und Lernstrategien dieser Professionen auseinanderzusetzen. Evtl. können Teile daraus auf das ergotherapeutische Hilfsmitteltraining übertragen werden.
→ Mögliche Professionen:
 - Lehrpersonen: Mit diversen didaktischen Methoden wird den Lernenden Wissen vermittelt.
 - Sportmedizin: Mit modernsten Techniken werden Spitzensportler in Hochform gebracht.
 - Physiotherapeuten: Sie führen mit Klienten z.B. ein Lauftraining durch.
 - Ergotherapeuten anderer Arbeitsfelder: In der Therapie wird z.B. mit Klienten mit neurologischen Defiziten ein Rollstuhltraining, kognitives Training oder Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).
 - Psychologen: Sie entwickeln beispielsweise Tests, um den Lerntyp zu bestimmen.

→ Die Verfasserinnen sind während der Bearbeitung der vorliegenden Arbeit auf das Vier-Quadranten-Modell, welches im Artikel von Greber, Ziviani und Rodger (2007) beschrieben wird, gestossen. Dieses Modell unterstützt Ergotherapeuten im Gebrauch von Lehr- und Lernmethoden. Die Anwendung dieses Modells beim Hilfsmitteltraining müsste untersucht werden.

7. Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

- Aegler, B. & Heigl, F. (2008). Die Rolle der Ergotherapie bei Menschen mit chronischen Schmerzen - ein Modell. *Ergotherapie, Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes*, Oktober, 23-27.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (2. Aufl.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Andres, A. & Bürklin, A. (2011). *Evidenzbasierter Hilfsmittelversorgungsprozess für die Ergotherapie im deutschsprachigen Kulturraum: Vorschläge für Anpassungen und weiterführende Forschung*. ZHAW, Winterthur.
- Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“: improving the supply of assistive equipment – pre-validation of the U.S. “Assistive Technology Device Predisposition Assessment” (ATD PA) [German]. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 49(8), 18-23.
- Blank, A. (2004). Client's Experience of Partnership with Occupational Therapist in Community Mental Health. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 118-124.
- Chamberlain, A. (1979). Aids and appliances in the home - A critical survey of bath aids and their use. *International Rehabilitation Medicine Association*, 1, 204-207.
- Chiu, S. W. Y. & Man, D. W. K. (2004). The Effect of Training Older Adults With Stroke to Use Home-Based Assistive Devices. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 24(3), 113-120.
- Czyganowski, M. (2009). Von Strumpfanziehern, Knöpfhilfen und Co. *Ergotherapiepraxis*, 3, 18-21.
- Deutsches Cochrane Zentrum.(2012). *Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme)*. Heruntergeladen von <http://www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung>
- Dziedzic, K. & Hammond, A. (2010). Rheumatology. *Evidence-Based Practice for Physiotherapist & Occupational Therapists*. Edinburgh: Elsevier.
- Dehn-Hindenbergh, A. (2007). Die Bedeutung von Kommunikation und Empathie im Therapieprozess: Patientenbedürfnisse in der Ergotherapie. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 7, 5-10.
- Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2002). Grundlagen der rheumatologischen Patientenschulung. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 61(1), 39-47.

- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S. 138, 139). Stuttgart: Thieme.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger, C. (1993). Adaptive Device Use by Older Adults With Mixed Disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(2), 149-52 (36 ref).
- Goodman, G., Tiene, D. & Luft, P. (2002). Adoption of Assistive Technology for computer access among college students with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), 80-92.
- Götsch, K. (2007). Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S. 80). Stuttgart: Thieme.
- Greber, C., Ziviani, J. & Rodger (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 1): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. *Australian Association of Occupational Therapists*, 54, 31-39.
- Greber, C., Ziviani, J. & Rodger (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 2): strategies and applications. *Australian Association of Occupational Therapists*, 54, 40-48.
- Habermann, C. & Kolster, F. (2009). Durchführung der ergotherapeutischen Intervention. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 169). Stuttgart: Thieme.
- Haase, F. C. (2007). Phasen des Therapieprozesses. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S. 194). Stuttgart: Thieme.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie-Theorien & Modelle: Die Praxis begründen*. (B. Dehnhardt & J. Dehnhardt, Übersetzer). Stuttgart: Thieme (Originalarbeit veröffentlicht, 1996).
- Hammond, A. (2004). Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A critical review. *Musculoskeletal Care*, 2(3), 135-151.
- Harris, J. (2010). The use, role and application of advanced technology in the lives of disabled people in the UK. *Disability & Society*, 25(4), 427-439.

- Hill, J. (2003, 13.-19. Mai). An overview of education for patients with rheumatic diseases. *Nursing Times*, 99(19), 26-27.
- Jans, L. H. & Scherer, M. J. (2006). Assistive technology training: Diverse audience and multidisciplinary content. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 69-77.
- Johner, R. (o.D.). *Lernstiltest nach Kolb*. Heruntergeladen von:
<http://web29.webmind.ibone.ch/userfiles/file/ToolsDownloads/Lernstil/Lernstiltest.pdf>
- Johnson, A. & Sandford, J. (2005). Written and verbal Information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health education research*, 20(4), 423-429.
- Johnson, A., Sandford J. & Tyndall, J. (2003). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *The Cochrane Library*, 4, 1-15.
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(2), 35-38.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* (3. Aufl.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kubny-Lüke, B. (2007). Kompetenzzentrierte alltagsrelevante Methoden. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S. 492). Stuttgart: Thieme.
- Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. USA: SLACK Incorporated.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantguide.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung qualitative Studien*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguide.pdf>
- Liu, K. P. Y., Chan, C. C. H. & Hui-Chan, C. W. Y. (2000). Clinical reasoning and the occupational therapy curriculum. *Occupational Therapy International*, 7(3), 173-183.
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). *Psychiatrische ergotherapie heute*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. M. (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2058-2065. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02763.x
- McKenna, K. & Scott, J. (2007). Do written education materials that use content and design principles improve older people's knowledge? *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 103-112.
- Niedermann, K. (2010). *Aspects of joint protection education in people with rheumatoid arthritis*. Thesis University of Maastricht, the Netherlands.
- Niedermann, K., Fransen, J., Knols, R. & Uebelhart, D. (2004). Gap between short- and long-term effects of patient Education in Rheumatoid Arthritis Patients: A Systematic Review. *Arthritis & Rheumatism*, 51(3), 388-398.
- Neville-Jan, A., Piersol, C. V., Kielhofner, G. & Davis, K. (1993). Adaptive Equipment: A Study of Utilization After Hospital Discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(4), 3-18.
- Nisius, G. (2007). Traumatologie, Orthoädie und Rheumatologie. In K. Götsch (Hrsg.), *Allgemeine und Spezielle Krankheitslehre* (S. 470). Stuttgart: Thieme.
- Nordenskiöld, U., Grimby, G. & Dehlin-Ivanoff, S. (1998). Questionnaire to Evaluate the Effects of Assistive Devices and Altered Working Methods in Women with Rheumatoid-Arthritis. *Clinical Rheumatology*, 17, 6-16.
- Post, K. M. (1993). Educating, Consumers About Assistive Technology. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(11), 1046-1047.
- Pschyrembel. (2007). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch* (261. Auflage. S. 483, 554, 1662). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.
- Rheumaliga Zürich (2011). *Pilotprojekt: Thema für eine Bachelorarbeit, „Hilfsmitteltraining in der Ergotherapie bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen.“* Winterthur: ZHAW.
- Rheumaliga Schweiz (o.D. a). Leitbild der Rheumaliga Schweiz. Heruntergeladen von http://www.rheumaliga.ch/download/ch_filebase/AttachmentDocument/LeitbildRLSd.pdf
- Rheumaliga Schweiz. (o.D. b). *Rheuma-eine schmerzvolle Herausforderung*. Heruntergeladen von <http://www.rheumaliga.ch/ch/Rheuma>
- Rheumaliga Schweiz (o.D. c) . Verbandspolitik der Rheumaliga Schweiz.

Heruntergeladen von

http://www.rheumaliga.ch/download/ch_filebase/AttachmentDocument/Verbandspolitikd.pdf

Rheumaliga Schweiz (o.D. d). Kleine Helfer, grosse Wirkung: Alltagshilfen. Heruntergeladen von

http://www.rheumaliga.ch/download/ch_filebase/AttachmentDocument/Alltagshilfen-D003-Inhalt-low-A052011.pdf

Rheumaliga Zürich (o.D.a). Unsere Angebote und Dienstleistungen. Heruntergeladen von: http://www.rheumaliga.ch/download/zh_filebase/AttachmentDocument/Leistungsübersicht.pdf

Rheumaliga Zürich (o.D.b). Ergotherapeutische Beratung. Heruntergeladen von:

http://www.rheumaliga.ch/zh/Ergotherapeutische_Beratung

Ripat, J. & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholder perspectives and preferences. *Disability and Rehabilitation*, 27(24), 1461-1470.

Santésuisse (2004). Vertrag zwischen dem ErgotherapeutInnen - Verband Schweiz (EVS) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) einerseits und santésuisse andererseits. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=41&ID=87>

Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 276-282.

Scherer, M. J. (2002). The change in emphasis from people to person: introduction to the special issue on Assistive Technology. *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), 1-4. doi: 10.1080/09638280011006626 2

Schweizerische Polyarthritiker- Vereinigung. (2009). *Rheumatoide Arthritis. Ein Handbuch für Betroffene*. Zürich: Rheumaliga Schweiz & Schweizerische Polyarthritiker- Vereinigung SPV.

Sharry, R., McKenna, K. & Tooth, L. (2002). Occupational Therapists' Use and Perceptions of Written Client Education Materials. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 573-576.

Thyberg, I., Hass, U. A. M., Nordenskiöld, U. & Skogh, T. (2004). Survey of the Use and Effect of Assistive Devices in Patients With Early Rheumatoid Arthritis: a Two-Year Followup of Women and Men. *Arthritis & Rheumatism*, 51(3), 413-421.

Voelkerding, K. & Garza, R. E. (2004). Assistive Technology Within Occupational Therapy

- Practice (2004). *American Journal of Occupational Therapy*, 58(6), 678-679.
- Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M. Gelderblom, G. J. & De Witte L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. *Technology and Disability*, 15(4), 231-238.
- Wielandt, T. & Strong, J. (2000). Compliance with Prescribed Adaptive Equipment: A Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 65-75.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2001). Post Discharge Use of Bathing Equipment Prescribed by Occupational Therapists: What Lessons to Be Learned? *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(3), 49-65.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.
- World Federation of Occupational Therapists (2011). *What is Occupational Therapy*.
Heruntergeladen von www.wfot.org
- World Health Organization. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
Heruntergeladen von:
[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich akzeptiere](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere)

7.2 Abkürzungsverzeichnis

- AOTA: American Occupational Therapy Association
- ICF: International Classification of Functioning Disability & Health
- MPT: Matching Person and Technology Modell
- OTIPM: Occupational Therapy Intervention Process Model
- TTM: Transtheoretisches Modell

7.3 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1. Kernthemen der Hilfsmittelversorgung 11
- Abbildung 2. Schematische Darstellung vom Occupational Therapy Intervention Process Model. Adaptiert aus Fisher (2009), Übersetzung B. Dehnhardt und S. George, Version (25.09.2011) 18
- Abbildung 3. Schematische Darstellung der adaptiven Betätigung (Original in Fisher, 2009, S.37) 19

7.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Begriffsdefinitionen	12
Tabelle 2.	Schlüsselwörter für Literaturrecherche	14
Tabelle 3.	Übersicht der Hauptstudien	21
Tabelle 4.	Gitlin et al. (1993)	25
Tabelle 5.	Neville-Jan et al. (1993).....	26
Tabelle 6.	Schemm et al. (1998)	27
Tabelle 7.	Wielandt et al. (2001)	28
Tabelle 8.	Wielandt et al. (2006)	29
Tabelle 9.	Mäkeläinen et al. (2009)	30

7.5 Andere Quellen (persönliche Kommunikation)

Rheumaliga Zürich

Verena Langlotz Kondzic

Dipl. Ergotherapeutin HF

Telefon: 044 405 45 37

Telefax: 044 405 45 51

E-Mail: v. langlotz@rheumaliga.ch

An folgenden Daten fand ein persönlicher Austausch mit Verena Langlotz statt:

- 4. November 2011 (Thema klären, Erfahrungen austauschen)
- 5. März 2012 (Resultate präsentieren, Austausch über gefundene Literatur)
- 26. März 2012 (Diskussion präsentieren, Erfahrungsaustausch für Theorie-Praxis-Transfer)
- 10. April 2012 (E-Mail-Kontakt für Theorie-Praxis-Transfer, Überprüfung der Aussagen von Verena Langlotz)

Laura Gitlin

Direktorin im Center for Innovative Care in Aging/Professorin

E-Mail: lgitlin1@jhu.edu

Danksagung

In erster Linie danken wir Regula Kubli, von Seiten der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) herzlich für die Betreuung, hilfreichen Tipps und den schnellen Rückmeldungen auf unsere zahlreiche Fragen. Vielen Dank für die Ermöglichung zur Teilnahme am OTIPM-Kurs. Zudem bedanken wir uns ganz herzlich bei Verena Langlotz, die uns tatkräftig von Seiten der Praxis (Rheumaliga Zürich) Unterstützung geboten hat. Ein Dankeschön gilt auch Claudia Galli, welche uns bezüglich der Therapiefinanzierung Erklärungen und Tips gegeben hat. Herzlichen Dank für das Engagement und Interesse an unserer Bachelorarbeit. Im Weiteren bedanken wir uns bei Regula Allenspach, Thomas Dudler, Urs Grämiger, Muriel Lüthi und Gertrud Peccolo für das Feedback und Gegenlesen dieser Arbeit.

Ein Dankeschön geht auch an Laura Gitlin, die uns auf unsere Frage bezüglich des Forschungsstandes und der alten Literatur hilfreiche Gedanken mitteilte.

Wortzahl

Abstract: 197 Wörter

Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 11497

Eigenständigkeitserklärung

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

Datum: 15. Mai 2012

Unterschrift

Dudler Nicole

Grämiger Mira

Anhang

Glossar

Aktivitätsanforderungen Activity demands	„The aspects of an activity, which include the objects and their physical properties, space, social demands, sequencing or timing, required actions or skills, and required underlying body functions and body structures needed to carry out the activity“ (AOTA, 2008, S. 669).
Betätigungsbasiert	Als Ergotherapeutin betätigungsbasiert zu arbeiten bedeutet laut Fisher (2009) Betätigungen zu identifizieren, die für den Klient bedeutungsvoll und nützlich sind. Der Fokus in der Ergotherapie soll gemäss Fisher (2009) während der Evaluation, Intervention, Dokumentation und dem “Outcome” bei der Betätigung liegen.
Betätigungsperformanz Occupational Performance	„The act of doing and accomplishing a selected activity or occupation that results from the dynamic transaction among the client, the context, and the activity. Improving or enabling skills and patterns in occupational performance leads to engagement in occupation or activities (adapted in part from Law et al., 1996, p. 16)“ (AOTA, 2008, S. 672).
Klientenzentriertheit	In einer klientenzentrierten Art und Weise zu arbeiten, beinhaltet eine gemeinschaftliche Beziehung mit dem Klienten aufzubauen sowie seine Interessen und Perspektiven zu verfolgen (Fisher, 2009).
Kontext Context	„Refers to a variety of interrelated conditions within and surrounding the client that influence performance. Contexts include cultural, personal, temporal, and virtual“ (AOTA, 2008, S. 670).
Matching Person and Technology Model (MPT)	Folgende Ausführung gilt nicht als Definition, sondern als Erläuterung: Das Ziel des MPT-Modells ist mittels seines Prozesses eine ideale Übereinstimmung von Person und Technologie zu erreichen. Der Prozess des MPT besteht aus insgesamt fünf Schritten (Bruckmann et al., 2010).
Paradigma	„Ein Paradigma besteht aus den Grundannahmen, Werten und Sichtweisen eines Sachgebietes. Es gibt dem Beruf insgesamt Zusammenhalt, Vervollständigung und definiert ihn. Es wendet sich an das Wesen und den Sinn der Ergotherapie. Es gibt Therapeuten ein gemeinsamen Verständnis davon, was es bedeutet, Ergotherapeut zu sein“ (Kielhofner, 1992, zitiert nach Hagedorn, 2000, S. 41). „Übereinstimmung über die grundsätzlichen Überzeugungen oder Annahmen in einem Bereich. Mittels Ergotherapie-Paradigmas definiert der Beruf menschliche Wesen und ihre Probleme, es bildet die gedankliche Grundlage für den Weg, wie diese Probleme gelöst werden können“ (Kielhofner, 1992,

	<p>zitiert nach Hagedorn, 2000, S. 133).</p> <p>„Eine allgemein akzeptierte Theorie, die die berufliche Einheit und Praxis erklärt und begründet; sie schliesst alle Belange, Konzepte und das Wissen des Berufs ein und leitet Wertvorstellungen und Verpflichtungen“ (Creek, 1990, zitiert nach Hagedorn, 2000, S. 133).</p>
Partizipation Participation	„Involvement in a life situation“ (WHO, 2001, S. 10, zitiert nach AOTA, 2008, S. 673).
Reasoning	„Therapeuten sammeln, klassifizieren und analysieren Daten über ihre(n) Patienten und deren individuellen Lebenssituation. Sie definieren Probleme und Ziele, sie planen und führen Behandlungen durch. Sie reflektieren über ihre Massnahmen und Ziele, die erreicht wurden bzw. warum sie nicht erreicht werden konnten. All die Gedanken und Strategien – der gesamte mentale Prozess, der den ergotherapeutischen Behandlungsprozess begleitet-wird als klinisches Reasoning bezeichnet“ (Rogers, 1983; Parham, 1987; Mattingly und Fleming, 1994; Schell, 1998; Chapparo und Ranka, 2000; Hagedorn, 1995 & 1998; Feiler, 2003; Unsworth, zitiert nach Feiler, 2007, S. 138).
Selbstwirksamkeit	Gemäss Ehlebracht-König & Bönisch (2002) bezieht sich die Selbstwirksamkeit auf einen bestimmten Verhaltensbereich, in dem Kontrollmöglichkeiten des Klienten bestehen und eigenes Verhalten einen positiven Einfluss auf das subjektive Befinden hat. Somit können Klienten erfahren, dass ihr Handeln einen positiven Effekt auf ihr Leben hat. Der Begriff Selbstwirksamkeit wird in <i>Wirksamkeits-Erwartung</i> (Überzeugung, dass entsprechendes Verhalten ausgeführt werden kann) und <i>Ergebnis-Erwartung</i> (Überzeugung, dass Einsatz bestimmter Verhaltensweisen zum gewünschten Ziel führt) unterteilt (Ehlebracht-König et al., 2002).
Top-down Ansatz versus bottom-up Ansatz	<p>Wenn ein Therapeut mit dem Top-down Ansatz arbeitet, verfolgt er gemäss Fisher (2009) folgende Schritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klient und seinen Kontext erfassen, Klient als Ganzes erfassen. • Schwierigkeiten von Betätigungsausführungen identifizieren • Ausführung der Betätigung beobachten • Qualität der Ausführung evaluieren • Ursache für die beobachteten Defiziten interpretieren <p>Im Kontrast zum Top-down Ansatz steht der Bottom-up Ansatz.</p> <p>Wenn ein Therapeut dem Bottom-up Ansatz folgt, fokussiert der Therapeut auf die Evaluation von persönlichen Faktoren, Körperfunktionen und/oder Umweltfaktoren. Problematisch bei diesem Ansatz ist, dass der Klient nicht als Ganzes erfasst wird (Fisher, 2009).</p>

Transtheoretisches Modell (Weiterführende Informationen)

Im Folgenden wird das TTM, welches beim Hilfsmitteltraining berücksichtigt werden sollte, kurz beschrieben.

Die Bereitschaft zur Veränderung von (Risiko-) Verhalten, operationalisiert durch Stufen der Verhaltensänderung, steht im Zentrum des Modells (Keller, 2004).

Das TTM besteht aus drei Modellebenen: eine deskriptive Ebene, welche die den Prozess des Fortschreitens in fünf Stufen beschreibt, einer kognitiven Ebene, in der den jeweiligen Stufen eine spezifische Ausprägung kognitiver Variablen zugeordnet wird und eine prozedurale Ebene, auf der Prozesse dargestellt werden, die jeweils ein Fortschreiten in der Verhaltensänderung begünstigen.

Die ersten fünf Stufen der ersten Ebenen werden als Sorglosigkeit (pre-contemplation), Bewusstwerden (contemplation), Vorbereitung (preparation), Handlung (action) und Aufrechterhaltung (maintenance) bezeichnet. Es ist anzunehmen, dass keine der fünf Stufen im Prozess der Verhaltensänderung übersprungen werden kann. Jedoch kann eine Stufe mehrfach durchlaufen werden.

“Die relevanten Kognitionen beziehen sich auf die Selbstwirksamkeitserwartung nach der Self-Efficacy Theorie von Bandura (1977) sowie auf die Entscheidungsbalance nach dem Decision Making Model von Janis und Mann (1977)” (Schmid, Keller, Jäkke, Baum & Basler, 2004, S. 2).

Auf der dritten Ebene werden Prozesse aufgeführt, die ein Fortschreiten auf den oben genannten Stufen bewirken: Wecken des Problembewusstseins (consciousness raising), Selbstbewertung (self-reevaluation), Belohnung (reward) oder helfende Beziehungen (helping relationships) (Schmid et al., 2004).

Literaturrecherche

Kombination	Treffer	Abstracts	Relevante Literatur
CINAHL			
Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	40	11	Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“: improving the supply of assistive equipment – pre-validation of the U.S. “Assistive Technology Device Predisposition Assessment” (ATD PA) [German]. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i> , 49(8), 18-23.
Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	4	0	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Patient education	222	18	<p>Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 52(4), 276-282.</p> <p>McKenna, K. & Scott, J. (2007). Do written education materials that use content and design principles improve older people's knowledge?. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 54, 103-112.</p> <p>Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 1): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 54, 31-39.</p> <p>Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 2): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 54, 40-48.</p>
Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	16	3	keine relevante Literatur

(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	25	1	Jans, L. H. & Scherer, M. (2006). Assistive technology training: diverse audiences and multidisciplinary content. <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 1(1-2), 69-77.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	120	22	<p>Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“: improving the supply of assistive equipment – pre-validation of the U.S. “Assistive Technology Device Predisposition Assessment” (ATD PA) [German]. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i>, 49(8), 18-23.</p> <p>Nordenskiöld, U. (1997). Daily activities in women with rheumatoid arthritis. Aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment. <i>Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine (supplement)</i>, 37, 9-71.</p> <p>Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 52(4), 276-282.</p> <p>Hicks, J. E. (2000). Rehabilitation strategies for patients with rheumatoid arthritis. Part 2: modalities, orthoses, and assistive devices. <i>Journal of Musculoskeletal Medicine</i>, 17(7), 385-387, 391-393, 397-398.</p> <p>Rogers, J. C. & Holm, M. B. (1992). Assistive technology device use in patients with rheumatic disease: a literature review. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 46(2), 120-127.</p>
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	48	15	Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“: improving the supply of assistive equipment – pre-validation of the U.S. “Assistive Technology Device Predisposition Assessment” (ATD PA) [German]. <i>Ergotherapie & Rehabilitation</i> , 49(8), 18-23.

(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	1	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	1	0	keine relevante Literatur
Patient Education AND Rheumatic Diseases	41	6	Hill, J. (2003, 13.-19 May). An overview of education for patients with rheumatic diseases. <i>Nursing Times</i> , 99(19), 26-7. Heruntergeladen von http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/an-overview-of-education-for-patients-with-rheumatic-diseases/205526.article
MEDLINE			
Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	134	5	Ripat, J. & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholder perspectives and preferences. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 27(24), 1461-1470.
			Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 1(1-2), 29-40.
			Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 52(4), 276-282.
Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	0	0	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Patient Education	248	7	Hammond, A. (2004). Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A critical review. <i>Musculoskeletal Care</i> , 2(3), 135-151.
Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	69	7	keine relevante Literatur

(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	1	1	Jans, L. H. & Scherer, M. (2006). Assistive technology training: diverse audiences and multidisciplinary content. <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 1(1-2), 69-77.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	17	2	Andrich, R. & Besio, S. (2002). Being informed, demanding and responsible consumers of assistive technology: an educational issue. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 24, 152-159.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	1	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	0	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	0	0	keine relevante Literatur
Patient Education AND Rheumatic Diseases	228	17	Ramos-Remus, C., Salcedo-Rocha, A., Prieto-Parra, R. & Galvan-Villegas, F. (2000). How important ist patient education? <i>Baillière's Clinical Rheumatology</i> , 14(4), 689-703. Daltroy, L. & Liang, M. (1991). Advances in patient education in rheumatic disease. <i>Annals of the Rheumatic Diseases</i> , 50, 415-417. Hill, J. (2003, 13.-19 May). An overview of education for patients with rheumatic diseases. <i>Nursing Times</i> , 99(19), 26-7. Heruntergeladen von http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/an-overview-of-education-for-patients-with-rheumatic-diseases/205526.article Taal, E., Rasker, J.J. & Wiegman, O. (1996). Patient education and self-

			management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. <i>Arthritis Care and Research</i> , 9(3).229-238.
HEALTH SOURCE			
Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	101	12	Ripat, J. & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholder perspectives and preferences. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 27(24), 1461-1470.
			Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M. Gelderblom, G. J. & De Witte L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. <i>Technology and Disability</i> , 1, 231-238.
Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	2	1	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Patient Education	51	7	Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 1): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 54, 31-39.
			Greber, C., Ziviani, J. & Rodger, S. (2007). The Four-Quadrant Model of Facilitated Learning (Part 2): Using teaching-learning approaches in occupational therapy. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 54, 40-48.
			McKenna, K. & Scott, J. (2007). Do written education materials that use content and design principles improve older people's knowledge?. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 54, 103-112.
			Griffin, J., McKenna, K. & Tooth, L. (2003). Written health education materials: Making them more effective. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 50, 170-177.

Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	8	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	21	4	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	53	14	Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M. Gelderblom, G. J. & De Witte L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. <i>Technology and Disability, 1</i> , 231-238.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	51	14	Wessels, R., Dijcks, B., Soede, M. Gelderblom, G. J. & De Witte L. (2003). Non-use of provided assistive technology devices, a literature overview. <i>Technology and Disability, 1</i> , 231-238. Ripat, J. & Booth, A. (2005). Characteristics of assistive technology service delivery models: stakeholder perspectives and preferences. <i>Disability and Rehabilitation, 27</i> (24), 1461-1470.
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	1	1	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	1	1	keine relevante Literatur
Patient Education AND Rheumatic Diseases	6	1	Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. M. (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. <i>Journal of Clinical Nursing, 18</i> , 2058-2065. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02763.x
AMED			
Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	432	30	keine relevante Literatur

Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	1	0	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Patient Education	99	10	Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 52(4), 276-282.
			Sharry, R., McKenna, K. & Tooth, L. (2002). Occupational Therapists' Use and Perception of Written Client Education Materials. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 56(5), 573-576.
			Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2001). Post Discharge Use of Bathing Equipment Prescribed by Occupational Therapists: What Lessons to Be Learned?. <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i> , 19(3), 49-65.
Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	5	1	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	1	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	4	1	Post, K. M. (1993). Educating consumers about assistive technology. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 47(11), 1046-1047.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	0	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	0	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	0	0	keine relevante Literatur

Patient Education AND Rheumatic Diseases	2	1	Taal, E., Rasker, J.J. & Wiegman, O. (1996). Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. <i>Arthritis Care and Research</i> , 9(3).229-238.
COCHRANE			
Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	16	1	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	0	0	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Patient Education	3	0	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	23	4	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	67	3	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	5	2	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	2	2	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	0	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	0	0	keine relevante Literatur
Patient Education AND Rheumatic Diseases	42	13	Savelkoul, M. & de Witte, L. P. (2000). Development, content, and process

evaluation of a coping intervention for patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 45, 163-172.

OT SEEKER (mit Zeitlimite 2000-2012)

Occupational Therapy AND (Assistive Technology OR Assistive Technology Device)	8	2	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND (Assistive Technology Device Training OR Assistive Technology Training)	3312	0	A precise search did not find any articles. A less precise search has been done and the results are shown below.
Occupational Therapy AND Patient Education	3	1	keine relevante Literatur
Occupational Therapy AND Rheumatic Diseases	2543	0	A precise search did not find any articles. A less precise search has been done and the results are shown below.
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND (Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training)	1	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Patient Education	7	2	keine relevante Literatur
(Assistive Technology OR Assistive Technology Device) AND Rheumatic Diseases	1	0	keine relevante Literatur
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Patient Education	4277	0	A precise search did not find any articles. A less precise search has been done and the results are shown below.
(Assistive Technology Training OR Assistive Technology Device Training) AND Rheumatic Diseases	2336	0	A precise search did not find any articles. A less precise search has been done and the results are shown below.
Patient Education AND Rheumatic Diseases	1	1	keine relevante Literatur

Referenzliste von Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 276-282.

Neville-Jan, A., Piersol, C., Kielhofner, G. & Davis, K. (1993). Adaptive Equipment: A study of Utilization After Hospital Discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(4), 3-18.

Referenzliste von Wielandt, McKenna, Tooth & Strong (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.

Wielandt, T. & Strong, J. (2000). Compliance with Prescribed Adaptive Equipment: A literature Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 65-75.

Referenzliste von Wielandt & Strong (2000). Compliance with prescribed adaptive equipment: A literature review. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 65-75. [Diese Studie wurde zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Zusammenhang mit einer anderen Arbeit gefunden. Diese Literatur ist in der Datenbank CINAHL mit dem Stichwort "Adaptive Equipment" zu finden.]

Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger, C. (1993). Adaptive Device Use by Older Adults With Mixed Disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(2), 149-52 (36 ref).

Diese Studie wurde zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Zusammenhang mit einer anderen Arbeit gefunden

Voelkerding, B. S. & Garza, R. E. (2004). Assistive Technology Within OT (2004). *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(6), 678-679.

Kritische Bewertungen der Hauptstudien

Die Hauptstudien wurden mit dem Formular von Law et al. (1998) für quantitative Studien beurteilt und werden folgend aufgezeigt.

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format: Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger C. (1993). Adaptive Device Use by Older Adults With Mixed Disabilities. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 74, 149-152.
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Der Zweck der Studie war es, den Hilfsmittelgebrauch zu Hause zu untersuchen. Dies aus der Perspektive von älteren Personen, die aus der Rehabilitation entlassen wurden (1. Pilotstudie) und aus der Perspektive von Therapeuten, die Hausbesuche machten und mit älteren behinderten Personen arbeiteten (2. Pilotstudie). 1. Pilotstudie: Untersuchte Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs und Gründe für Nichtgebrauch von 13 älteren Erwachsenen mit verschiedenen Behinderungen während den ersten 3 Monaten nach der Spitalentlassung → Zeitrahmen wurde gewählt, weil diese 3 Monate eine kritische Periode des Übergangs und der Anpassung an die Behinderung sein kann, welche die Selbstversorgung zu Hause beeinflusst (Begründung des Zeitrahmens wird mit Literaturangaben belegt). 2. Pilotstudie: Befragung von 31 Therapeuten, die Hausbesuche machten, mit dem Ziel ihre Sichtweise bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs und Gründe für den Nichtgebrauch zu analysieren. → Der Zweck der Studien wird erläutert Relevanz für die Ergotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfsmittel sind relevant, um die Selbständigkeit zu Hause zu gewährleisten. Das Erreichen einer grösstmöglichen Selbständigkeit ist ein grundlegendes Ziel der Ergotherapie. ▪ Es ist bekannt, dass Hilfsmittel nach Abgabe oft nicht mehr gebraucht

	<p>werden. Deshalb ist eine Begründung bezüglich des Nichtgebrauchs relevant für die Ergotherapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspektive des Therapeuten bezüglich eines Hilfsmitteltrainings sowie die des Klienten ist für die Ergotherapie relevant. ▪ Für die Ergotherapie, welche unter anderem die Hilfsmittelversorgung durchführt, ist es wichtig zu wissen, was bei einem Hilfsmitteltraining zu beachten ist und welches die Gründe für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel sind.
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Genauere Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden.</p> <p>Aufgeführte Hintergrundliteratur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschreibung von Hilfsmitteln hat eine Schlüsselrolle in der Rehabilitation von älteren Personen mit Behinderungen. Ziel der Hilfsmittel ist es, die Brücke zwischen den individuellen funktionellen Defiziten und den Anforderungen der Umwelt zu bauen, um den Einfluss der Behinderung zu reduzieren. ▪ Hilfsmittel, die den älteren Personen helfen können: Hilfsmittel für Sicherheit (Griffe und Geländer), Mobilität, Sitzen und Positionieren, Treppensteigen, Baden und Toilettenbenützung sowie Hilfsmittel, die entwickelt wurden um andere Aktivitäten der Selbstversorgung wie Anziehen und Essen zu ermöglichen. ▪ Die Rolle der Hilfsmittel ist relevant im Hinblick auf die steigende Anzahl von älteren Personen mit verminderten Kapazitäten und mehrfachen chronischen Behinderungen. Trotzdem wird in der Literatur angegeben, dass nur 50 % bis 80 % der abgegebenen Hilfsmittel konsistent zu Hause verwendet werden. ▪ Studien über Personen verschiedenen Alters und Behinderungen führen einige Gründe für den Nichtgebrauch auf. Diese beinhalten: kaputte Hilfsmittel, inkorrekte Verschreibung, nicht angepasste Hilfsmittel, fehlende Instruktionen, Schamgefühle oder Gefühle der Verlegenheit, schlechte ästhetische Qualität der Hilfsmittel sowie Ablehnung der Hilfsbedürftigkeit und der Behinderung. <p>→ Es wird nur eine kleine Übersicht über vorhandene Literatur gegeben. Notwendigkeit der Studien wird begründet, indem die Autoren an die eben aufgeführten Inhalte der vorangegangenen Literatur anknüpfen wollten und mit der wichtigen Rolle des Hilfsmittels im Rehabilitationsprozess argumentierten.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p>

<input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input checked="" type="checkbox"/> before and after (1. Pilotstudie) <input type="checkbox"/> case-control <input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional (2. Pilotstudie) <input type="checkbox"/> case study	<p>Es ist unklar beschrieben, welches Design für die Studien verwendet wurde.</p> <p>1. Pilotstudie:“Vorher-Nacher-Design” → beinhaltet Interviews während des Spitalaufenthaltes sowie monatliche Interviews nach der Entlassung (während 3 Monaten). Das Design entspricht der Studienfrage, da es darum ging die Wirksamkeit des Hilfsmittelgebrauchs zu erfassen. Eine Kontrollgruppe fehlt jedoch. Aus diesem Grund ist nicht klar, ob die Ergebnisse von anderen Personenfaktoren beeinflusst wurden. Das Design ist passend bezüglich der Ergebnisse, da mittels dieses Designs die Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs und Gründe für den Nichtgebrauch vor und nach der Entlassung eruiert werden konnten.</p> <p>2. Pilotstudie: Lässt auf Design der Querschnittstudie deuten, da eine Umfrage zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurde. → Studiendesign eignet sich, um den Zweck der Studie zu erfüllen. Das Design ist adäquat, da zu diesem Zeitpunkt noch wenig über den Hilfsmittelgebrauch zu Hause und über das Hilfsmitteltraining bekannt war. Die Querschnittstudie eignet sich, um mehr über ein Thema herauszufinden. Umfragen und Fragebögen sind übliche Methoden bei Querschnitts-Studien. Es gibt nur eine Gruppe von Personen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>1. Pilotstudie:</p> <p>Systematische Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillige/Überweisung: Klienten wurden durch die behandelnden Ergotherapeuten im Spital für die Studie empfohlen. Die Teilnehmer wurden somit gezielt ausgesucht. Dies kann die Ergebnisse zu Gunsten der Studie beeinflusst haben. ▪ Jahreszeit: Es ist unklar über welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Auswahl kann die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben, da sich die Jahreszeit auf die Gesundheit und somit den Hilfsmittelgebrauch der Teilnehmer auswirken kann. ▪ Aufmerksamkeit: Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer den Zweck der Studie kannten. Es kann sein, dass die Teilnehmer dadurch beeinflusst wurden und deshalb vielleicht ihre Antworten danach ausrichteten. Dies kann sich je nach dem positiv oder negativ auf die Ergebnisse auswirken. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnerung: Die Teilnehmer müssen sich an frühere Ereignisse im Spital und zu Hause erinnern können, so z.B. welches Hilfsmittel sie am häufigsten benutzten. Es ist möglich, dass einige Teilnehmer Schwierigkeiten hatten, sich an solche Ereignisse zu erinnern. Dies kann sich auf die Ergeb-
---	--

	<p>nisse ausgewirkt haben.</p> <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung: Folgende Punkte können die Intervention positiv oder negativ beeinflusst haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ort der Massnahme: Da das Follow-up Interview zu Hause stattfand und nicht wie das erste Interview im Spital, könnte sich dies auf ihre Zufriedenheit ausgewirkt und somit auch die Ergebnisse positiv beeinflusst haben. ▪ Eine Ko-Intervention könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Die Teilnehmer könnten von jemandem zusätzliche Hilfsmittel erhalten haben. Es kann sein, dass es somit zu Verwechslungen bezüglich der Gebrauchsrate oder der erhaltenen Instruktionen einzelner Hilfsmittel gekommen ist. <p>2. Pilotstudie:</p> <p>Systematische Fehler bei Stichprobe / Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillige/Überweisung: Es ist nicht klar, ob die Therapeuten freiwillig teilnahmen oder von ihren Direktionen verpflichtet wurden an der Studie teilzunehmen. Dies kann sich positiv oder negativ auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. ▪ Aufmerksamkeit: Die Therapeuten kannten den Zweck der Studie. Dadurch kann es sein, dass sie ihre Antworten danach ausrichteten.
<p>SAMPLE</p> <p>1. Pilotstudie N = 13 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>2. Pilotstudie N = 31 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>1. Pilotstudie: 13 Klienten, die von der Rehabilitationsabteilung eines Spitalen entlassen wurden, nahmen an der Studie teil.</p> <p>Die Einschlusskriterien waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter von mind. 60 Jahren ▪ Entlassung in ein Pflegeheim oder nach Hause ▪ Verschreibung von mind. einem Hilfsmittel durch einen Ergotherapeuten während dem Spitalaufenthalt ▪ Kognitive Fähigkeiten vorhanden, um an einem persönlichen oder telefonischen Interview teilnehmen zu können ▪ Einverständniserklärung <p>Klienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden während dem Spitalaufenthalt von Ergotherapeuten identifiziert und gebeten an der Studie teilzunehmen. Die Teilnahme war freiwillig, was mit der Einverständniserklärung gewährleistet wurde. Schlussendlich nahmen 10 Frauen und 3 Männer, mit einem Altersdurchschnitt von 73 Jahren (Spannbreite: 61-84 Jahren) teil. 6 Teilnehmer waren verheiratet und lebten gemeinsam mit ihren Lebenspartnern</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<p>und 7 waren verwitwet, geschieden oder lebten alleine. 6 Teilnehmer hatten als Hauptdiagnose orthopädische Defizite, 4 hatten einen Schlaganfall, zwei hatten mehrfache medizinische Komplikationen und eine Person hatte rheumatoide Arthritis.</p> <p>→ Alle wichtigen Angaben, ausser Dauer der Krankheit und funktioneller Status, werden aufgeführt. Ausschlusskriterien werden nicht aufgeführt. Die Stichprobe hätte genauer beschrieben werden können, aber das Wichtigste wird genannt. Zudem fehlt eine tabellarische Übersicht über die Stichprobe.</p> <p>2. Pilotstudie: Um die professionelle Sichtweise des Hilfsmittelgebrauchs von älteren Personen zu evaluieren, wurde eine Umfrage von 31 Therapeuten, die Hausbesuche machten, durchgeführt. Es wurden Fragebögen an Direktionen von 7 Pflegeheimen gesendet. Diese wurden beauftragt, die kurze Umfrage an diejenigen Therapeuten weiterzuleiten, die am meisten mit den älteren Klienten zu tun hatten. 31 Therapeuten füllten die Umfrage aus und sendeten sie zurück. Von denjenigen Personen die antworteten, waren 48 % Ergotherapeuten, 35 % waren Pflegefachfrauen, 10 % waren Physiotherapeuten und 6 % konnten anderen Berufen zugeteilt werden. Die meisten Teilnehmer haben in einem Pflegeheim für 3 oder mehr Jahre gearbeitet.</p> <p>→ Es fehlen wichtige Angaben über die Therapeuten (Alter, Geschlecht). Es werden keine Aus- und Einschlusskriterien beschrieben. Es ist unklar, ob die Teilnehmer freiwillig teilnahmen oder von ihren Direktionen verpflichtet wurden teilzunehmen. Die Grösse der Stichprobe kann mit der verfügbaren Population begründet werden.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>1. Pilotstudie: Die Teilnehmer mussten eine Einverständniserklärung ausfüllen. Weitere ethische Aspekte werden nicht beschrieben.</p> <p>2. Pilotstudie: Es wird diesbezüglich nichts erläutert.</p>
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the outcome measures valid?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>1. Pilotstudie: Die Messungen (Interviews) wurden einmal 1 bis 3 Tage vor der Entlassung aus dem Spital gemacht und monatlich während 3 Monaten nach der Entlassung, Interviews (Follow-up) per Telefon (20 Min.) durchgeführt.</p> <p>2. Pilotstudie: Die Messung (Fragebogen) wurde einmal durchgeführt. Die Umfrage wurde den Therapeuten zugeschickt.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Die Studien beziehen sich indirekt auf die ergotherapeutischen Komponenten der Performanz, des Umfelds und der Durchführungsqualität einer Tätigkeit, durch das Thema Hilfsmittelgebrauch im</p>

<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed	Alltag.	
	Outcome areas: 1. Pilotstudie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufigkeit der verwendeten Hilfsmittel ▪ Gründe für Nichtgebrauch von Hilfsmitteln 2. Pilotstudie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sichtweise bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs von älteren Personen ▪ Gründe für Nichtgebrauch von Hilfsmitteln 	List measures used: 1. Pilotstudie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interviews (persönlich und per Telefon) 2. Pilotstudie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schriftliche Umfrage
INTERVENTION Für beide Studien: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice? 1. Pilotstudie: In der Studie verwendete Hilfsmittel: 26 oft verschriebene Hilfsmittel (kategorisiert in Badezimmer, Essen, Anziehen oder Hygiene) → Weshalb genau diese 26 Hilfsmittel ausgewählt wurden, ist nicht ganz klar. Die Autoren bringen die Begründung an, dass diese oft verschrieben werden, aber genaueres wird nicht erläutert. Jeder Person wurde durch ein ausgebildetes Mitglied des Forschungsteams befragt. Das Interview wurde entwickelt, um Empfindungen bezüglich der verschriebenen Hilfsmittel und Absichten betreffend den Hilfsmittelgebrauch, einzuschätzen. 8 von 13 Teilnehmern waren bereit für ein 20 minütiges Interview per Telefon. Die Teilnehmer wurden jeden Monat gefragt, welches ihr meist geschätztes Hilfsmittel ist, welches Hilfsmittel sie am häufigsten benutzten und wo sie die Gründe für den Nichtgebrauch sehen. → Ausreichende Beschreibung der Intervention. Es wird aufgeführt, dass die Interviewer trainiert wurden. 2. Pilotstudie: Die Therapeuten wurden gebeten zu schildern, in welchem Ausmass ihrer Meinung nach die Hilfsmittel von ihren Klienten zu Hause gebraucht werden. Zudem wurden sie gebeten, das meist gebrauchte und das am wenigsten konsistent genutzte Hilfsmittel, zu notieren. Schliesslich sollten sie ihre Sichtweise bezüglich des Nichtgebrauchs darlegen und Empfehlungen für Spitalprofessionen, welche Hilfsmittelversorgung durchführen, abgeben. → Es wird geschildert, welche Fragen gestellt wurden. Da die Fragen aufgeführt werden, könnte dieselbe Befragung nochmals wiederholt werden. Zu bemerken ist, dass die zwei durchgeführten Interviews die Massnahmen darstellen.	

	<p>→ Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention werden keine Angaben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Es handelt sich hierbei nicht um eine typische Ergotherapieintervention. Für die Hilfsmittelversorgung in der Ergotherapie ist es jedoch relevant, Wissen bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs und dem Hilfsmitteltraining zu haben.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>1. Pilotstudie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenfassung mit folgendem Inhalt wird präsentiert: <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Klienten, denen Hilfsmittel verschrieben wurden - Anzahl von Hilfsmitteln, die während dem Spitalaufenthalt verschrieben wurden - Anzahl von Hilfsmitteln, die schon zu Hause vorhanden waren (evtl. Ko-Intervention) vor dem Spitalantritt und durchschnittliche Anzahl von Hilfsmitteln, die jeder Teilnehmer besass <p>Total wurden den 13 Teilnehmern während dem Spitalaufenthalt 72 Hilfsmittel (durchschnittlich 5.5 Hilfsmittel pro Klient) verschrieben. Gesamthaft wurden 16 Hilfsmittel dokumentiert, die bei den Klienten vor dem Spitalantritt zu Hause vorhanden waren. Ein Total von 88 Hilfsmitteln (6.8 Hilfsmittel pro Klient) wurden dokumentiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Während dem Interview vor dem Spitalaustritt erzählten alle 13 Klienten, dass die Hilfsmittel während dem Spitalaufenthalt nützlich waren und dass sie beabsichtigen die Hilfsmittel weiterhin zu Hause zu benutzen. In der Studie werden folgende Resultate präsentiert: Bis zum Ende des ersten Monats erzählten 8 Teilnehmer, die für das Interview verfügbar waren, dass 45 % der verschriebenen Hilfsmittel zu Hause selten bis nie gebraucht wurden. Im zweiten Monat wurden 33 % der verschriebenen Hilfsmittel als selten bis nie gebraucht (zu Hause) dokumentiert. Im dritten Monat wurden 42 % der Hilfsmittel kaum bis nie gebraucht. Die Gebrauchsrate schwankte von Monat zu Monat. Die tiefste Rate wurde zweiten Monat nach der Entlassung erreicht. Hilfsmittel tendierten eher dazu „nie“ oder „immer“ gebraucht zu werden, als „selten“ oder „häufig“. ▪ Anziehhilfen wurden am meisten abgegeben, gefolgt von Hilfsmitteln für das Badezimmer. Von 13 dokumentierten Badehilfsmitteln beim Klienten zu Hause wurden 9 Hilfsmittel (69 %) ein Monat nach der Entlassung häu-

	<p>fig oder immer gebraucht. Von 23 Anziehhilfen wurden 11 (47 %) als häufig oder konsistent gebraucht dokumentiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Hilfsmittel, das jemand als besonders wertvoll angab, wurde nicht zwingendermassen von einer anderen Person auch als wertvoll angegeben oder gar nicht gebraucht. Weiter tendierte das als wertvollste eingeschätzte Hilfsmittel dazu von Monat zu Monat zu wechseln und ein anderes Hilfsmittel wurde bevorzugt. Dies traf sogar auf Teilnehmer zu, welche dieselbe Behinderung hatten. Z.B. gab eine Frau mit einem orthopädischen Defizit zum Zeitpunkt vor der Spitalentlassung den Strumpfanzieher als das wertvollste Hilfsmittel an und die Greifzange als das wertvollste Hilfsmittel beim Interview nach der Entlassung. Eine andere Frau mit einem orthopädischen Defizit gab im Interview vor der Entlassung und ein Monat danach die Greifzange als wertvollstes Hilfsmittel an und im Interview 2 und 3 Monate nach der Entlassung wurde die Kommode und der Strumpfanzieher als die wertvollsten Hilfsmittel angegeben. ▪ 4 Hauptgründe für den Nichtgebrauch kamen durch offene Fragen zum Vorschein: 1. Empfindung der Notwendigkeit bezüglich eines Hilfsmittels, 2. Hilfsmittel sind zu beschwerlich, hinderlich und lästig zu gebrauchen, 3. Aufgaben wurden von anderen Personen durchgeführt, 4. Hilfsmittel funktionierten nicht oder waren kaputt. ▪ Die genannten Ergebnisse gemäss den Autroen bestätigen die Forschungsliteratur. Diese behauptet, dass soziale und psychologische Aspekte, hilfsmittelspezifische oder mechanische Faktoren und die Präsenz von Angehörigen, die Gebrauchsrate beeinflussen. <p>2. Pilotstudie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von den 31 befragten Therapeuten schätzten 90 %, dass die Hilfsmittel für die Mobilität und das Badezimmer am häufigsten von ihren Klienten gebraucht werden. Die Therapeuten bemerkten, dass Hilfsmittel für die Körperpflege oder die Hygiene (77 %) sowie Anziehhilfen (58 %) selten gebraucht werden. Die Therapeuten erwähnten 6 Hauptgründe für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel zu Hause: <ul style="list-style-type: none"> - Fehlendes Wissen, wie das Hilfsmittel adäquat zu gebrauchen ist und was zu tun ist, wenn das Hilfsmittel defekt ist (35 %) - Kosten (19 %) - Klienten lehnen Notwendigkeit von Hilfsmitteln ab (19 %) - Unangemessene Hilfsmittelauswahl (10 %) - Klienten empfanden Hilfsmittel als zu zeitaufwändig und umständlich (10 %) - Assistenz der Familie oder Angehöriger (6 %) <p>Schliesslich wurden Therapeuten gebeten Empfehlungen abzugeben für</p>
--	--

	<p>das Spitalpersonal bezüglich der Hilfsmittelauswahl und für das Hilfsmitteltraining für ältere Klienten. 5 Hauptthemen kamen durch die offenen Fragen zusammen. Sie beinhalteten die Notwendigkeit der Therapeuten: 1. Innovative Instruktionsstrategien zu entwickeln, 2. Die Klienten durch Patientenedukation zu bestärken, 3. Die Klienten nach ihren Notwendigkeiten und Werten zu fragen, 4. Angehörige zu involvieren und 5. Die Komplexität der Kontextfaktoren zu Hause zu bedenken.</p> <p>→ Statistische Signifikanz wird nicht erwähnt. Resultate werden mittels Prozentangaben aufgezeigt. Analysemethoden werden nicht erwähnt. Es scheint jedoch angemessen zu sein die Daten aus den Umfragen mittels Prozentzahlen aufzuführen.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die klinische Bedeutung wird nicht explizit aufgeführt, jedoch wird in der Schlussfolgerung auf diese eingegangen.</p> <p>Interpretation der klinischen Bedeutung: Die bei den Resultaten und in der Diskussion aufgelisteten Ergebnisse sollten für eine erfolgreiche Hilfsmittelberatung und ein erfolgreiches Hilfsmitteltraining beachtet werden.</p>
<p>1. Pilotstudie: Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Pilotstudie: Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>1. Pilotstudie: Für das Interview (Dauer 20 Min.) waren nur 8 von 13 Teilnehmer bereit. 5 Personen nahmen somit nicht teil. Die Handhabung sowie Gründe der Drop-outs werden nicht beschrieben.</p> <p>2. Pilotstudie: Es sind keine Drop-outs zu verzeichnen.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die 1. Pilotstudie weist darauf hin, dass der Übergang vom Spital nach Hause dazu führt, dass Klienten ihre Strategien in der Selbstpflege anpassen und somit deren Sichtweise bezüglich des Wertes der Hilfsmittel und der Häufigkeit des Hilfsmittelgebrauchs sich ändern. Strategien zur Durchführung grundlegender Selbstversorgungsaktivitäten zu Hause unterscheiden sich von jenen im Spital. Dies kann ein Grund für den anfänglichen Enthusiasmus im Spital bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs sein. Dieser beginnt während der 3 monatigen Periode zu Hause zu schwanken und sinkt. ▪ Die grosse Anzahl der Hilfsmittel pro Person, ist ein Hindernis zur konsis-

	<p>tenten Benutzung aller Hilfsmittel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obwohl Hilfsmittel für das Badezimmer als hilfreich eingeschätzt und von den Klienten sowie auch von den Therapeuten häufig eingesetzt wurden, wird diese Hilfsmittelkategorie von den privaten Versicherungen oder Krankenversicherungen nicht zurückbezahlt. Aus diesem Grund schränken finanzielle Limitationen die Verteilung und den Hilfsmittelgebrauch ein. ▪ Basierend auf der Auffassung von Heimtherapeuten und älteren Erwachsenen scheint es, dass der Heimgebrauch von 3 zusammenhängenden Faktoren beeinflusst wird. <ol style="list-style-type: none"> 1. Personenzentrierte Faktoren 2. Physische und soziale Eigenschaften zu Hause. 3. Eigenschaft des Hilfsmittels ▪ Während das Zuhause vermehrt zum Ort der weiterführenden Rehabilitation und zum Ort der Instruktionen für den Hilfsmittelgebrauch wird, ist es von Bedeutung die oben genannten Gesichtspunkte bei der Pflege von älteren Personen mit Behinderungen einzubeziehen. Diese Faktoren zeigen die Notwendigkeit eines medizinischen Bezugsrahmens auf. Dieser beinhaltet die Verschreibung von Hilfsmitteln aufgrund der Diagnose und dem Wechsel zu einem umweltbedingten Ansatz. In einem umweltbedingten Ansatz werden die individuellen Ziele, kulturellen Werte sowie physikalische und soziale Eigenschaften zu Hause beachtet. Diese Komponenten beeinflussen die Entscheidung der Therapeuten bezüglich der Hilfsmittelversorgung. <p>→ Es wird weitere Literatur hinzugezogen Die Ergebnisse werden mit weiterer Literatur untermauert. Die Notwendigkeit weiterer Forschung wird in der Schlussfolgerung beschrieben.</p> <p>Schlussfolgerung: Gesundheitsberufe haben die einmalige Gelegenheit ältere Personen und ihre Angehörige zum Hilfsmittelgebrauch, in der Rehabilitation oder im Setting zu Hause, zu bekräftigen. Patientenedukation bezüglich der Bandbreite von vorhandenen Technologien, wo die Hilfsmittel gekauft oder repariert werden können, statten die älteren Personen in der Rehabilitation und deren Angehörigen mit dem nötigen Wissen aus. So können Vorteile der Hilfsmittel, welche die Lebensqualität fördern, ausgenutzt werden.</p> <p>Die beiden Pilotstudien betonen, dass ältere Klienten in der Rehabilitation, verschiedene, individuelle Ansätze für Instruktionen benötigen. Solch ein Ansatz soll folgendes enthalten: 1. breiteres Wissen und mehr Spezifität von physikalischen und soziokulturellen Eigenschaften bezüglich der Situation beim Klienten zu Hause, 2. Einbezug von Angehörigen im Hilfsmitteltrainingsprozess 3. Gebrauch von kürzeren Trainingseinheiten, welche über eine längere Zeit geschehen, 4. Mehr Gelegenheiten zu Hause oder in einer simulier-</p>
--	--

	<p>ten Umwelt praktische Erfahrungen zu sammeln.</p> <p>Weitere Forschung wird empfohlen, um diese Prinzipien und ihre Effektivitäten der Kosten zu testen.</p> <p>→ Die eben genannten Ergebnisse sind für die Praxis von Bedeutung.</p> <p>→ Limitationen der Studie werden keine aufgeführt. Diese müssen selber angenommen werden (siehe Biases bei der Beschreibung des Designs).</p>
--	--

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format: Neville-Jan, A., Verrier Piersol, C., Kielhofner, G. & Davis, K. (1993). Adaptive Equipment: A Study of Utilization After Hospital Discharge. Occupational Therapy in Health Care,8(4), 3-18.
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Ziel der Studie war es, den Hilfsmittelgebrauch von Klienten, welche das "Department of Veterans Affairs Medical Center" (DVAMC) in Jamaica Plain Massachusetts seit 3 Monaten verlassen hatten, zu analysieren (z.B. Hilfsmittel für den Toilettengang oder das Baden). Die Forschungsfrage wird nicht aufgeführt. Die Studie analysierte die Rate des Hilfsmittelgebrauchs und führt auf, was die Klienten für ein Training erhielten und welche Gründe für den Nichtgebrauch waren. Zudem wollten sie herausfinden, was sonst noch für Hilfsmittel notwendig wären und Anmerkungen bezüglich der Verbesserung der Hilfsmittel und dem Training sammeln. Die beiden letzt genannten Forschungsaspekte wurden trotz Zielformulierung zu Beginn der Studie nicht untersucht. → Der Zweck der Studie wird klar dargestellt Relevanz für die Ergotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfsmittel sind relevant, um die Selbständigkeit zu Hause zu gewährleisten. Das Erreichen einer grösstmöglichen Selbständigkeit ist ein grundlegendes Ziel der Ergotherapie. ▪ Für die Ergotherapie ist es relevant, Wissen über den Hilfsmittelgebrauch zu haben. ▪ Zudem ist es relevant für die Ergotherapie wie ein Training der Hilfsmittel aussieht, was beachtet werden sollte und welche Instruktionmethoden sich eignen. ▪ Es ist bekannt, dass Hilfsmittel nach der Abgabe oft nicht mehr gebraucht werden. Deshalb ist eine Begründung bezüglich des Nichtgebrauchs relevant für die Ergotherapie.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Describe the justification of the need for this study: Genauere Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden. Mit dem Prüfen der Hilfsmittelversorgung durch eine Qualitätsuntersuchung im Ergotherapie department wurden Probleme bezüglich der Hilfsmittelversorgung entdeckt. Leiter des Departements und der Administration beobachteten während eines Jahres, dass die Nachfrage nach von Hilfsmitteln um 100 % anstieg, während das Ergotherapie team nur um 50 % erweitert wurde. Weiter wurde während Hausbesuchen entdeckt, dass Hilfsmittel teilweise nicht passten, ungeöffnet in den Verpackungen lagen oder

dass Klienten bereits im Besitz von mehreren gleichen Hilfsmitteln waren. Es schien so, als ob diese Klienten die Gefahr liefen in behindernde Bedingungen zu geraten, dass ihre Selbständigkeit abnahm und somit eine Belastung für die Angehörigen darstellten. Die Kostengutsprache im DVAMC wird erläutert. Der Klient bezahlt in dieser Institution nichts für seine Hilfsmittel. Teure Hilfsmittel werden nicht einbezogen.

In der Literatur existiert gemäss den Autoren wenig Information, ob Klienten ihre Hilfsmittel gebrauchen oder nicht. Zudem besteht ein Mangel an Informationen, weshalb die Hilfsmittel nicht gebraucht werden.

- Aufgabe der Ergotherapie ist es, das Individuum zu befähigen partizipieren zu können und Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen zu können. Hilfsmittel unterstützen Klienten mit körperlichen Behinderungen ihre Ziele zu erreichen.
- Recherche über geschichtlichen Hintergrund sowie über die Entwicklung des Hilfsmittels. Es besteht ein Mangel an Informationen über die Zufriedenheit der Klienten und dem Gebrauch von Hilfsmitteln.
- Die Mehrheit der publizierten Forschung bezüglich Hilfsmittel und deren Gebrauch fand in England statt. Nur zwei Studien wurden im American Journal of Occupational Therapy gefunden. Es gibt eine Studie, die den Hilfsmittelgebrauch und die beeinflussende Faktoren analysierte. Zwei weitere Forscher fanden mittels einer Klientenumfrage heraus, dass die Hilfsmittel die ersten 2 Monate oft gebraucht werden und dass danach der Gebrauch abnimmt.
- 3 weitere Forscher untersuchten 150 Klienten (meist mit Arthritis) 6 bis 24 Monate nach Spitalaustritt. Sie führten die Häufigkeit des Gebrauchs verschiedenster Hilfsmittel auf. Gründe für den Nichtgebrauch waren auf schlechte Instruktionen, unpassende Hilfsmittel und ein Mangel an Selbstvertrauen zurückzuführen. Forscher machten eine Studie mit 500 Personen, die Hilfsmittel bekamen. 50 % wurde nicht gebraucht. Auch sie analysierten die Häufigkeit der Benutzung einzelner Hilfsmittel.
- Ein weiterer Forscher fand heraus, dass 44 % der Hilfsmittel für den täglichen Gebrauch kaum benutzt wurden. Eine weitere Studie verglich den Hilfsmittelgebrauch von Schlaganfallklienten und Klienten mit medizinischen Problemen, nach dem sie aus dem Spital entlassen wurden. Die Resultate werden aufgeführt.
- Ein Forscher fand heraus, dass 100 % der Klienten, die eine Hausabklärung und zwei Hausbesuche bekamen, nach der Entlassung aus dem Spital mit den Hilfsmitteln fähig waren selbständig zu baden.
- Trotz der vermehrten Verwendung von Hilfsmitteln, gibt es nur wenige Studien, die den Hilfsmittelgebrauch untersuchten und Empfehlungen für

	<p>einen effektiven Hilfsmittelgebrauch abgaben.</p> <p>→ Es wird ein Literaturreview durchgeführt. Die Literatur der Hintergrundinformationen ist sehr alt. Überblick über bereits vorhandene Literatur und ausführliche Beschreibung. Die Begründung der Notwendigkeit dieser Studie wird in der Einleitung und durch mangelnde Literatur über Hilfsmittel begründet.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es ist nicht klar ersichtlich, welches Design für die Studie verwendet wurde. Da eine Umfrage gemacht wurde und dies zu einem einzigen Zeitpunkt, lässt es auf das Design der Querschnittstudie deuten.</p> <p>Das Studiendesign eignet sich um den Zweck der Studie zu erfüllen. Das Design ist adäquat, da es zu diesem Zeitpunkt noch wenig über den Hilfsmittelgebrauch bekannt war. Umfragen und Fragebögen sind übliche Methoden bei Querschnitts-Studien. Es gibt nur eine Gruppe von Personen. Das Design ist passend, da die Ergebnisse als noch nicht vollständig verstanden wurden.</p> <p>Um diese Studie auszuführen wurde das „Health Accounting Format (Ostrow, Williamson & Joe, 1983) benutzt. Dies ist ein essentieller Problemlöseprozess, ähnlich zum Behandlungsplanungsprozess für einzelne Klienten. Schritte des Prozesses werden aufgeführt. Ein Studienteam wurde erstellt, um das Forschungsdesign zu entwickeln (Leiter des Ergotherapie departements, Leiter der Administration für Rehabilitation, freiwilliger Teilnehmer der Universität von Boston, zwei Studenten des Forschungsdesign-Kurses an der Universität Boston und einen Betreuer der Qualitätsuntersuchung). Das Team bewies sich als eine sehr gute Ressource, um eine Forschung im klinischen Setting durchzuführen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Systematischer Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillig/Überweisung: Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil. Sie konnten wählen, ob sie den zugeschickten Fragebogen ausfüllen wollten oder nicht. Dieser systematische Fehler hat eventuell die Ergebnisse der Studie begünstigt, da diese Teilnehmer tendenziell motivierter und mehr um ihre Gesundheit besorgt waren, als solche die nicht freiwillig bei einer Studie teilnehmen. ▪ Jahreszeit: Es ist unklar, über welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Auswahl kann die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben, da sich

	<p>die Jahreszeit auf die Gesundheit und somit den Hilfsmittelgebrauch der Teilnehmer auswirken kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufmerksamkeit: Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer den Zweck der Studie kannten. Es kann sein, dass die Teilnehmer beeinflusst wurden, da sie den Zweck der Studie kannten und deshalb ihre Antworten danach ausgerichtet hatten. Dies kann sich auf die Ergebnisse je nach dem positiv oder negativ ausgewirkt haben. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnern: Es kann sein, dass sich die Teilnehmer nicht mehr erinnern, ob sie Hilfsmittel bekamen und wie oft sie diese anwandten oder welche Instruktionen sie erhielten. <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Ko-Intervention könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Die Teilnehmer könnten von jemandem zusätzliche Hilfsmittel erhalten haben. Es kann sein, dass es somit zu Verwechslungen bezüglich der Gebrauchsrate oder der erhaltenen Instruktionen einzelner Hilfsmittel gekommen ist.
<p>SAMPLE</p> <p>N = 50</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Die Fragebögen wurden an 80 Personen, welche von den Unterlagen der „consecutive prosthetic“ ausgesucht. Personen wurden während 3 Monaten registriert. Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil.</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien werden wie folgt beschrieben: Personen mussten mindestens seit 3 Monaten vom Spital entlassen worden sein. Es wurden nur Personen in die Studie miteinbezogen, die dauerhaft Hilfsmittel gebrauchten. Klienten, die nach der Hilfsmittelversorgung wieder ins Spital eintraten, wurden von der Studie ausgeschlossen.</p> <p>Die Teilnehmer erhielten, abhängig von der Anzahl der abgegebenen Hilfsmittel, maximal 3 Fragenbögen.</p> <p>→ Es ist nicht klar ersichtlich, aus welchen Personen sich die Stichprobe zusammensetzte. Demografische Daten, Dauer der Krankheit und funktioneller Status werden nicht aufgeführt. Es wird nur erwähnt, dass die Teilnehmer ältere Personen waren und wie viele Personen, welche Diagnose hatten.</p> <p>→ Die Autoren beschreiben wie sie zu ihrer Stichprobengrösse kamen. Die Teilnehmerzahl wird durch die verfügbare Population begründet.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Das ethische Prozedere wird nicht erläutert. Es wird nur erwähnt, dass die Einverständniserklärungen in grossen Buchstaben gedruckt wurden, da die</p>

	Teilnehmer ältere Personen waren. Woher sie die Zustimmung für diese Studie haben wird nicht aufgeführt. Es kann jedoch aus den Beschreibungen entnommen werden, dass die Teilnehmer die Einverständniserklärungen ausfüllen mussten.	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Einmalige Abgabe eines schriftlichen Fragebogens (nach Hause geschickt), der von den Teilnehmern ausgefüllt wurde.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Die Studie bezieht sich indirekt auf die ergotherapeutischen Komponenten der Performanz, des Umfelds und der Durchführungsqualität einer Tätigkeit, durch das Thema Hilfsmittelgebrauch im Alltag.</p>	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebrauchsrate der Hilfsmittel ▪ Gründe für den Nichtgebrauch ▪ Art der Instruktionen <p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schriftlicher Fragebogen (Beispiel wird im Anhang der Studie aufgeführt)
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Um die Gebrauchsrate der Hilfsmittel, die Art des Hilfsmitteltrainings oder die Instruktionen, die Gründe für den Nichtgebrauch und die Notwendigkeit bei weiteren Hilfsmitteln zu eruieren, wurde eine schriftliche Umfrage erstellt. Zudem wurden mittels des Fragebogens Anmerkungen bezüglich der Verbesserung der Hilfsmittel oder dem Hilfsmitteltraining gesammelt (Resultate werden jedoch nicht aufgeführt).</p> <p>Die Umfrage wurde von Ergotherapiestudenten der Universität in Boston, welche Teil einer qualitativen Qualitätskontrollstudie waren, erstellt. Die Umfrage, die Einleitungsworte und die Einverständniserklärung wurden in grossen Buchstaben gedruckt, da die Bezugspersonen und die Klienten ältere Personen waren. Die Umfragen wurden den Klienten nach Hause geschickt. Es ist anzunehmen, dass die Umfragen bei den Teilnehmern zu Hause ausgefüllt wurden. Ein Beispiel der schriftlichen Befragung wird im Anhang der Studie aufgeführt.</p> <p>→ Bei dieser Studie stellt die Umfrage die Massnahme dar.</p> <p>→ Es ist keine ergotherapeutische Intervention im klassischen Sinne. Es ist jedoch für die Ergotherapie relevant, Wissen über das erhaltene Hilfsmitteltraining und Gründe für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel zu haben.</p> <p>→ Es wird beschrieben von wem der Fragebogen erstellt wurde. Da die Fragen genau aufgeführt werden, könnte dieselbe Befragung in der Praxis wie-</p>	

	<p>derholt werden. Die Art der Hilfsmittel, welche die Klienten gebrauchten wird nicht beschrieben.</p> <p>→ Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention wurden keine Angaben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>15 % der Hilfsmittel wurden nie gebraucht. 21 % der Hilfsmittel wurden nur während einer bestimmten Zeit gebraucht, dann nahm der Gebrauch ab. Zum Zeitpunkt der Ausführung der Studie war die Nichtgebrauchsrate bei 36 %. Bei den 15 %, welche die Hilfsmittel nie gebrauchten, waren Sicherheitsrahmen für die Toiletten und Badewannenbretter am häufigsten in Gebrauch. (Täglicher Gebrauch: 52 %, wöchentlicher Gebrauch: 12 %, Abnahme des Gebrauchs: 21 %, Nichtgebrauch: 15 %). Gründe für den Nichtgebrauch (36 %): 13 % dieser nicht gebrauchten Hilfsmittel wurden nie benötigt (Kommode neben dem Bett, Sicherheitsrahmen für Toiletten, Badewannenbrett, Toilettensitzerhöhung, Greifzange, Teleskoparm). 41 % der Befragten beschrieben, dass die Hilfsmittel nur während einer kurzen Zeit verwendet wurden. Dies wurde auf Toilettensitzerhöhung und Badewannenbretter bezogen. 74 % der Klienten, welche die Hilfsmittel nur für kurze Zeit verwendeten, hatten orthopädische Diagnosen. Andere Gründe für den Nichtgebrauch (46 %) waren: Hilfsmittel passten nicht, Klient oder die Familie wusste nicht wie die Hilfsmittel zu gebrauchen sind, Hilfsmittel konnte nicht installiert werden, Klient brauchte zusätzliche Hilfe, Hilfsmittel kam in den Weg, Klient fühlte sich nicht sicher, Klient mochte das Aussehen der Hilfsmittel nicht, Klient hatte Angst das Hilfsmittel beschädige sein Eigentum Hilfsmittelgebrauch störte den Klienten, Hilfsmittel waren defekt oder abgenutzt.</p> <p>Art der Instruktionen: Die meisten Klienten erwähnten, dass ihnen einerseits erzählt und andererseits gezeigt wurde, wie sie die Hilfsmittel einsetzen können. 16 % beschrieben, dass sie keine Instruktionen erhielten. Es besteht kein Zusammenhang zwischen den 16 %, die keine Instruktionen erhielten und deren, die die Hilfsmittel nicht gebrauchten. (Gezeigt: 40 %, Erzählt, 36 %, Instruktionen zu Hause: 8 %, Keine Instruktion: 16 %).</p> <p>-> Statistische Signifikanz wird nicht erwähnt. Resultate werden mittels Angaben in Prozent angegeben. Analysemethoden werden nicht erwähnt. Es scheint jedoch angemessen zu sein, die Daten aus den Umfragen mittels Prozentzahlen aufzuführen.</p>

	<p>-> Ziel der Studie war herauszufinden, welche weiteren Hilfsmittel benötigt werden. Auf diesen Aspekt wird nicht mehr eingegangen und diesbezüglich werden keine Ergebnisse aufgelistet. Ein weiterer Zweck der Studie war es, Anmerkungen bezüglich der Verbesserung von Hilfsmitteln oder deren Training zu sammeln. Diesbezüglich werden ebenfalls keine Ergebnisse aufgelistet.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Es wird nicht beschrieben, ob die Ergebnisse dieser Studie klinisch relevant sind. Es werden nur wenige Vorschläge aufgrund der Ergebnisse angebracht.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Fragebögen wurden an 80 Teilnehmer geschickt. 62 Klienten oder deren Familienangehörigen antworteten (78 %). 12 der erhaltenen Antworten wurden, aufgrund von fehlenden Informationen ausgeschlossen. 50 Befragungen wurden für die Studie verwendet. Von diesen 50 befragten Klienten kam ein Total von 92 Fragebögen zurück. Diese wurden untersucht.</p> <p>→ Zu beachten ist, dass pro Hilfsmittel ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Es wurden maximal 3 Fragebögen pro Person zugeschickt, je nachdem wie viele Hilfsmittel die Klienten erhielten.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Diskussion:</p> <p>Gründe für den Nichtgebrauch waren unterschiedlich. Da sich die Körperfunktionen mit der Zeit verbesserten, wurden die Hilfsmittel von den Teilnehmern mit orthopädischen Defiziten nur für kurze Zeit benötigt.</p> <p>Die verschiedenen Gründe für den Nichtgebrauch zeigen die Wichtigkeit einer individuellen Behandlungsplanung auf. Aufgrund der Studienergebnisse wurden einige Veränderungen der Richtlinien vorgeschlagen. Nur Hilfsmittel, die gebraucht werden um persönliche Bedürfnisse, wie die Toilettenbenutzung, Körperhygiene und Essen zu ermöglichen, sollen im Spital abgegeben werden. Erst nachdem ein Therapeut ein Hausbesuch gemacht hat und dabei die Umwelt-, Sozialfaktoren, die persönlichen Bedürfnisse und die Aktivitäten des täglichen Lebens analysiert haben, sollen weitere Hilfsmittel abgegeben werden. Mindestens zwei Hausbesuche wären obligatorisch. Therapeuten machten sich Sorgen, wie sie die vermehrte Anzahl von Hausbesuchen handhaben sollen. Es scheint als wäre es wichtig, die Personalbesetzungsmuster zu analysieren.</p>

	<p>Bei der Betrachtung der Ergebnisse durch das Studienteam tauchten einige wichtige Fragen auf, die bei weiterer Forschung beachtet werden müssten. Die Fragen werden aufgelistet. Therapeuten werden ermutigt solche Studien in ihrem Gesundheitssetting durchzuführen</p> <p>→ In der Diskussion werden die erhaltenen Ergebnisse nicht mit weiterer Literatur verglichen. Weitere Forschung wird mittels weiteren Fragestellungen empfohlen.</p> <p>Schlussfolgerung und Limitationen:</p> <p>→ Die Schlussfolgerungen werden nicht übersichtlich dargestellt. Diese müssen aus den Resultaten und der Diskussion erarbeitet werden.</p> <p>→ Limitationen werden nicht aufgeführt. Diese müssen selber angenommen werden (siehe "Biases" bei der Beschreibung des Designs).</p> <p>→ Wie die Ergebnisse die Praxis beeinflussen können wird nicht konkret beschrieben.</p>
--	--

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format: Schemm, R. L & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 52(4), 276-282.
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Das Ziel der Studie war, die Lehrmethoden von Therapeuten zu beschreiben, welche bei älteren Erwachsenen in der Rehabilitation benutzt wurden, um den Gebrauch von Bade- und Anziehhilfen zu instruieren. Folgende Faktoren wurden untersucht: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruktionsmethoden ▪ Zeit, welche für das Training verwendet wird ▪ Ort des Trainings ▪ Einbezug von anderen Personen ▪ Einschätzung der Therapeuten bezüglich dem Wissen der Klienten über den Gebrauch von Bade- und Anziehhilfen ▪ Zusammenhang zwischen Klientenfaktoren (funktioneller Status, psychologisches Wohlbefinden, Sichtweise in Bezug auf das Hilfsmittel) und der Instruktionsmethode ▪ Vergleich der Effektivität der Instruktionsmethode für Klienten mit einer Hirnverletzung und Klienten mit einer orthopädischen Einschränkung → Das Ziel wird im Abstract kurz und nach dem Aufzeigen der relevanten Literatur ausführlich beschrieben. Relevanz für die Ergotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfsmittel sind wichtig, um zu Hause die Selbständigkeit zu gewährleisten. Das Erreichen einer grösstmöglichen Selbständigkeit ist ein grundlegendes Ziel der Ergotherapie. ▪ Das Wissen bezüglich Instruktionsmethoden, Zeit, Ort usw. in Bezug zum Hilfsmitteltrainings ist relevant für ein adäquates Hilfsmitteltraining und somit relevant für die Ergotherapie. ▪ Es ist wenig bekannt darüber, welche Faktoren Ergotherapeuten beim Hilfsmitteltraining beachten sollten, damit die Hilfsmittel nach der Entlassung aus dem Spital angewendet werden.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes	Describe the justification of the need for this study: Genauere Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vor Beginn der Krankheit kann es sein, dass ein Klient nie ein Hilfsmittel benötigte oder benützte, um die Selbstversorgung durchzuführen. ▪ Die Definition von Hilfsmitteln wird beschrieben.

No

- Es ist bekannt, dass ältere Personen mit chronischen Leiden, Hilfsmittel zu Hause anwenden.
- Die Gebrauchsrate der Hilfsmittel nach der Entlassung aus dem Spital variiert von 35 % zu 87 %. Sie ist abhängig vom Typ der Hilfsmittel und von der Zeitdauer der Einschränkung.
- Mobilitäts-, Bade- und Anziehhilfen sind 3 Kategorien von Hilfsmitteln, die am meisten von Therapeuten in Rehabilitationszentren abgegeben werden.
- Es wurde herausgefunden, dass in 4 Behandlungen durchschnittlich 3 Hilfsmittel abgegeben wurden. Instruktionen für jedes Hilfsmittel dauerten durchschnittlich 11 Minuten und die Klienten waren zufrieden mit den erhaltenen Instruktionen.
- Es wurden 3 Faktoren identifiziert, welche die Entscheidung der Therapeuten bezüglich der Hilfsmittelverschreibung beeinflusst: medizinische Verfassung des Klienten, Pathologie/Krankheitsursache (z.B. funktioneller Status, Behinderungsgrad); Faktoren, die auf den einzelnen Klient zutreffen (z.B. persönliche Ziele, Motivation, vorangegangene Rollen) und Einrichtung nach der Entlassung (z.B. Pflegenetzwerk, alleine leben oder in der Gruppe, in der Nähe von Einkaufsmöglichkeiten wohnen). Andere Studien erarbeiteten Eigenschaften, welche einen Einfluss auf den Lernprozess bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs, wie z.B. der Glauben und Werte des Klienten, Lernfähigkeiten oder Konflikte mit der Wertvorstellung und Ziele des Therapeuten, haben können.
- Die Angemessenheit der Instruktion beeinflusst den Hilfsmittelgebrauch. Nicht alle Klienten erhalten angemessene Instruktionen.
- Die Ergebnisse von Neville-Jan et al. (1993) (siehe andere bewertete Studie) werden aufgeführt.
- Weitere Studien stellten eine Wissenslücke bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs sowie unangemessenen und mangelhaften Instruktionen fest.
- Es gibt 5 Prinzipien für den Lernprozess:
 1. Erwachsene können und wollen neue Fähigkeiten erlernen, abgesehen vom Alter, denn ältere Personen können von auf Erfahrung zurückgreifen, wenn es um das Erlernen neuer Fähigkeiten geht.
 2. Ältere Menschen sind pragmatisch und können durch interne und externe Faktoren motiviert werden.
 3. Eine neue Situation schafft häufig einen lernfähigen Moment (Motivation zum Lernen ist hoch). Ein effektiver Lehrer bedenkt, wer der Lernende ist, was dieser Person wichtig ist und was für Vorstellungen und Wissen diese Person hat.
 4. Zeit ist wichtig für das Lernen. Es ist wichtig, dass die Zeit gut eingeteilt

	<p>wird, damit die Ideen sorgfältig präsentiert werden können.</p> <p>5. Konkrete, keine gedankliche Orientierung geben (Behandlung zusammenfassen, Hinweise geben und zum Fragen ermutigen).</p> <p>→ Die Notwendigkeit der Studie wird durch die Wissenslücke bezüglich fehlender Informationen über Lehrmethoden, welche die Therapeuten anwenden können, um den Hilfsmittelgebrauch zu lehren, gerechtfertigt. Die Relevanz der Studie wird mit Literatur aufgezeigt. Es werden bereits untersuchte Themen und Erkenntnisse zusammengefasst aufgeführt.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es ist nicht klar ersichtlich, welches Design für die Studie verwendet wurde. Da ein Interview und eine Art Umfrage (für Therapeuten) gemacht wurde und diese zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurden, lässt es auf das Design der Querschnittstudie deuten.</p> <p>Das Studiendesign eignet sich um den Zweck der Studie zu erfüllen. Das Design ist adäquat, da zu diesem Zeitpunkt noch wenig über den Hilfsmittelgebrauch bekannt war. Die Querschnittstudie eignet sich, um mehr über ein Thema herauszufinden. Umfragen sind übliche Methoden bei Querschnittstudien. Es gibt nur eine Gruppe von Personen und die Bewertung der gesamten Gruppe fand zu einem einzigen Zeitpunkt statt. Das Design ist passend, da die Ergebnisse noch nicht als vollständig verstanden wurden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Systematischer Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillig/Überweisung: Es ist nicht bekannt, ob die Teilnehmer freiwillig teilnahmen oder nicht. Wenn die Teilnehmer freiwillig mitmachten, hat dieser systematische Fehler eventuell die Ergebnisse der Studie begünstigt, da sie tendenziell motivierter und mehr um ihre Gesundheit besorgt waren, als solche die unfreiwillig bei einer Studie teilnehmen. ▪ Jahreszeit: Es ist unklar über welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Teilnehmerauswahl kann die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben, da sich die Jahreszeit auf die Gesundheit und somit den Hilfsmittelgebrauch dieser älteren Teilnehmer auswirken kann. ▪ Aufmerksamkeit: Die Teilnehmer wurden evtl. beeinflusst, da sie den Zweck der Studie kannten und deshalb vielleicht ihre Antworten danach ausgerichtet hatten. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnern: Es kann sein, dass sich die Teilnehmer nicht mehr erinnern, ob sie Hilfsmittel bekamen und wie oft sie diese anwendeten bzw. welche Instruktionen sie bekamen. <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Ko-Intervention könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Die Teilnehmer könnten von jemandem zusätzliche Hilfsmittel erhalten haben. Somit könnte es zu Verwechslungen bezüglich der Gebrauchsrate oder der erhaltenen Instruktionen einzelner Hilfsmittel gekommen sein. ▪ Die Dokumentation bezüglich der Ausführung des Hilfsmitteltrainings wurde von verschiedenen Therapeuten durchgeführt, was die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.
<p>SAMPLE</p> <p>N = 86 Klienten und 19 Ergotherapeuten</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Die Daten wurden als Teil einer grösseren Studie, welche den Hilfsmittelgebrauch von älteren Menschen nach Austritt aus der Rehabilitation untersuchte, erhoben. Andere Resultate, die aus der gesamten Studie hervorgingen, werden in einer anderen Arbeit aufgeführt. Die ganze Studie wurde mit 250 Patienten von zwei Rehabilitationsspitalern in Philadelphia durchgeführt. Folgende Kriterien mussten die Teilnehmer erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 55-jährig oder älter ▪ Hospitalisiert mit einer Erstdiagnose einer Hirnverletzung, orthopädisches Defizit oder eine Amputation der unteren Extremität ▪ Keine kognitiven Einschränkungen ▪ Mit einem oder mehreren Hilfsmitteln nach Hause oder zu einem Familienmitglied entlassen <p>Insgesamt hatten die 250 Patienten 1885 Hilfsmittel erhalten. Die meist abgegebenen Hilfsmittel waren für die Mobilität, gefolgt von Hilfsmitteln zum Baden und Anziehen. In dieser Studie wurden Daten über Bade- und Anziehhilfen erhoben. An der Studie nahmen 86 Patienten teil. 19 Ergotherapeuten dokumentierten die Art des Hilfsmitteltrainings. Durchschnittlich waren es 5 Patienten pro Therapeut. Die Ergotherapeuten hatten im Durchschnitt 3 bis 12 Jahre Erfahrung.</p> <p>→ In einer Tabelle werden alle wichtigen Merkmale der Teilnehmer aufgeführt, die für diese Studie wichtig sind. Einschlusskriterien werden genannt. Es ist jedoch unbekannt, ob die Teilnehmer freiwillig mitmachten oder nicht. Die Teilnehmerzahl kann indirekt durch die verfügbare Population begründet werden. Die Auswahl der Teilnehmer wird detailliert beschrieben. Es ist jedoch nicht nachzuvollziehen, weshalb sie nur einen Teil (Anzieh- und Badehilfen) der ganzen Studie präsentieren.</p>

	<p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?: Zur ethischen Vorgehensweise werden keine Angaben gemacht. Sie erwähnen nicht, ob die wohlinformierte Zustimmung bei den Teilnehmern eingeholt wurde.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No (Dokumentationsformular der Therapeuten)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed (Rest)</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Mit den Klienten wurde 3 Tage vor dem Spitalaustritt ein Interview durchgeführt und somit Daten der Selbsteinschätzung gesammelt. Neben dem Interview dokumentierten Ergotherapeuten die Art des Hilfsmitteltrainings.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: In der Ergotherapie müssen diese Faktoren beachtet werden, um ein Hilfsmittel zu empfehlen und zu trainieren. Die Studie bezieht sich indirekt auf die ergotherapeutischen Komponenten der Performance, des Umfelds und der Durchführungsqualität einer Tätigkeit, durch das Thema Hilfsmittelgebrauch im Alltag.</p> <p>→ Obwohl Therapeuten im Gebrauch des Dokumentationsformulars trainiert und angeleitet wurden, konnte die Interrater-Reliabilität nicht gewährleistet werden. Sonst wird die Reliabilität und Validität nicht erwähnt.</p>	<p>List measures used:</p> <p>Selbsteinschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung der Zufriedenheit mit dem Hilfsmitteltraining: 5-Punkte-Skala (1= sehr unzufrieden, 5= sehr zufrieden), Angemessenheit der Instruktion: 3-Punkte-Skala (3= adäquat, 1= nicht adäquat) ▪ Messung der Annahmen bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs (5-Punkte Skala: 1= nie, 5= immer) <p>→ Messungen wurde speziell für diese Studie entwickelt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beurteilung der Hilfsmittel: 10 Items (basieren auf der 36-Item Reinforcement Scale von Bruno (1993), davon 3 Items für die positive Bewertung und 7 Items für negative Bewertungen mit 5-Punkte-Skala (1= überhaupt nicht, 5= extrem) ▪ Psychologisches Wohlbefinden:
<p>Outcome areas:</p> <p>Selbsteinschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufriedenheit mit dem erhaltenen Hilfsmitteltraining ▪ Erwartungen bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs ▪ Beurteilung der Hilfsmittel ▪ Psychologisches Wohlbefinden <p>Dokumentation durch die Therapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand ▪ Anzahl Behandlungen ▪ Ort der Instruktionen ▪ Einbezug von anderen Personen ▪ Methode der Instruktion ▪ Einschätzung des Wissensstands der Klienten bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs ▪ Prognose in welchem Ausmass die Klienten die Hilfsmittel zu Hause verwenden werden. 		

		<p>10-Item Bradburn Affect-Balance Skala (1= überhaupt nicht, 5= extrem)</p> <p>→ Messungen der Selbsteinschätzung werden in einem anderen Artikel (Gitlin, 1996) ausführlich beschrieben.</p> <p>Dokumentation durch die Therapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitaufwand ▪ Anzahl der Therapieeinheiten ▪ Ort der Instruktionen ▪ Einbezug anderer Personen ▪ Methode der Instruktion ▪ Einschätzung des Wissensstandes der Klienten bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs ▪ Prognose in welchem Ausmass die Klienten die Hilfsmittel zu Hause verwenden werden <p>→ Es wurde für diese Studie eine Vorlage für Dokumentationen entwickelt.</p>
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Das Vorgehen wird detailliert beschrieben. In dieser Studie stellen das Interview und die Dokumentation durch die Therapeuten die Massnahmen dar.</p> <p>Messung der Selbsteinschätzung von den Patienten: 4 Instrumente wurden während einem Interview mit Klienten innerhalb von 3 Tagen vor Austritt eingesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung der Zufriedenheit mit dem Hilfsmitteltraining ▪ Einschätzung der Angemessenheit der Instruktionszeit ▪ Einschätzung der Häufigkeit bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs zu Hause ▪ Beurteilung der Hilfsmittel ▪ Einschätzung des psychologischen Wohlbefindens <p>Dokumentation durch die Therapeuten: Der Ergotherapeut dokumentierte für jeden Klienten spezifische Informationen bezüglich Bade- und Anziehhilfen sowie dem Hilfsmittelgebrauch. Dies erfolgte nach jeder Therapieeinheit, in der eine Hilfsmittelinstruktion stattfand. Eine Vorlage wurde für diese Studie entwickelt. Inhalt der Dokumentation ist der Zeitaufwand sowie die Anzahl der</p>	

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<p>Therapieeinheiten, in denen das Training durchgeführt wurde, Ort der Instruktionen, Einbezug anderer Personen, Methode der Instruktion, Einschätzung des Wissensstandes der Klienten bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs und die Prognose in welchem Ausmass die Klienten die Hilfsmittel zu Hause verwenden werden. Vor der Datensammlung wurden die Ergotherapeuten durch das Forschungsteam instruiert, wie sie die Dokumentation ausführen müssen und erhielten zusätzlich schriftliche Anweisungen sowie die Regeln der Verschlüsselung. Ein Mitglied des Forschungsteams war verfügbar, um Fragen bezüglich des Dokumentationsprozesses zu klären. Ein Betreuer war vor Ort, um die abgeschlossenen Dokumentationen auf fehlende Daten zu überprüfen.</p> <p>Functional Independence Measure (FIM): Die Auswertungen vom FIM wurden durch das Forschungsteam aus den Krankheitsakten der Klienten zusammengetragen. Punkte wurden bezüglich aller 18 Einheiten gesammelt, ausser für Blasen- und Darmmanagement.</p> <p>→ Die Massnahmen werden detailliert beschrieben und können nachvollzogen werden. Die Therapeuten, welche die Dokumentation ausfüllten, wurden ausgebildet. Wer die Interviews mit den Teilnehmern durchführte, wird nicht beschrieben. Informationen über die Ausführlichkeit der Hilfsmittelberatung und wie das Training der Hilfsmittel konkret aussah wird nicht beschrieben. Der Ort, das Setting an welchen das Interview stattfand wird nicht beschrieben.</p> <p>→ Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention werden keine Angaben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Es handelt sich hierbei nicht um eine typische Ergotherapie-Intervention im klassischen Sinne, aber für die Hilfsmittelversorgung in der Ergotherapie ist es relevant Wissen über den Hilfsmittelgebrauch und Wissen über die Art der Instruktionen zu haben.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s)</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Eigenschaften der Klienten: Die Mehrheit der Klienten waren Kaukasier (weiss), Frauen, lebten mit jemandem zusammen und wurden aufgrund eines orthopädischen Defizits hospitalisiert. Alle Klienten erwähnten, abgesehen von ihrer Diagnose, eine hohe Zufriedenheit mit dem erhaltenen Hilfsmitteltraining während der Rehabilitation. Sie erwähnten, dass die aufgewendete Zeit für das Hilfsmitteltraining grösstenteils adäquat war. Durchschnittlich beurteilten die Klienten die Hilfsmittel positiv und nahmen an, dass sie die Bade- und</p>

<p>appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Anziehhilfen zu Hause häufig verwendet werden.</p> <p>Anzahl und Art der Hilfsmittel: Jeder Klient erhielt durchschnittlich 10 Hilfsmittel für den Gebrauch zu Hause (inkl. für Mobilität und Sitzen) → Es ist unklar, warum dies hier erwähnt wird.</p> <p>Für die Stichprobe wurden 143 Badehilfsmittel verordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 71 langstielige Schwämme ▪ 40 flexible Duschschräuche ▪ 27 „diverter valves“ (dieses Ventil ist den Verfasserinnen unbekannt) ▪ 4 Waschgriffe ▪ 1 Badewannenstuhl <p>Dies sind durchschnittlich 2 Hilfsmittel pro Person.</p> <p>Es wurden 233 Anziehhilfen verordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 64 Schuhlöffel ▪ 59 Greifzangen ▪ 40 An- und Ausziehhilfen ▪ 31 Strumpfanzieher ▪ 28 elastische Schnürsenkel ▪ 11 andere Gegenstände <p>Dies sind durchschnittlich 3 Hilfsmittel pro Klient.</p> <p>Klienten mit einer Hirnverletzung erhielten mehr Hilfsmittel wie Klienten mit orthopädischen Defiziten. Klienten mit einer Hirnverletzung erhielten vor allem mehr Badehilfsmittel. Klienten mit orthopädischen Defiziten erhielten mehr Anziehhilfen.</p> <p>Merkmale des Trainings: Baden: Therapeuten verwendeten durchschnittlich eine Behandlungseinheit für die Instruktion der Badehilfsmittel, d.h. durchschnittlich 9 Minuten pro Therapieeinheit. Die Therapeuten empfanden die Zeit für das Training als angemessen. Selten wurden andere Klienten oder Gesundheitspersonal (Physiotherapeuten, Pflege) in das Training miteinbezogen. Nur bei 36 % der Klienten war während der Instruktion der Badehilfsmittel ein Familienmitglied anwesend. Die Therapeuten verwendeten bei der Instruktion eine Kombination von Ansätzen. Ein Therapeut kann mehr als eine Methode angewendet haben. Auch der Ort der Instruktion wechselte. Die Instruktion fand bei 88 % der Klienten in der Klinik statt, bei 22 % im Zimmer der Klienten und bei 12 % im Badezimmer.</p> <p>Instruktionsmethoden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mündliche Instruktionen (99 %) ▪ Demonstrationen/Vorführung (88 %) ▪ Schriftliche Instruktionen (25 %) <p>Ein Teilnehmer wurde in einer Gruppe mit anderen Klienten instruiert. Die Therapeuten berichteten, dass sie den Wissenstand der Klienten bezüglich</p>
---	--

des Hilfsmittelgebrauchs als angemessen einschätzten und erwarteten einen häufigen Gebrauch der Hilfsmittel, wenn die Klienten wieder nach Hause zurückgekehrt sind.

Anziehhilfen: Bei den Anziehhilfen verwendeten die Therapeuten durchschnittlich $2\frac{1}{2}$ Therapieeinheiten für die Instruktion. Dies sind im Durchschnitt 10 Minuten pro Therapieeinheit. Auch hier wurden selten andere Personen einbezogen. Nur bei 24 % der Klienten war ein Familienmitglied während einer oder mehreren Instruktionen anwesend. Es wurde ebenfalls eine Kombination von Ansätzen verwendet.

Instruktionsmethoden:

- Mündliche Instruktionen (98 %)
- Demonstrationen/Vorführung (96 %)
- Schriftliche Instruktionen (5 %)

Ein Teilnehmer wurde in einer Gruppe mit anderen Klienten instruiert. Die Instruktion fand bei 86 % der Klienten in der Klinik statt, bei 62 % im Zimmer der Klienten und bei 6 % im Badezimmer. Die Therapeuten beurteilen den Wissenstand der Klienten bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs als angemessen und erwarten einen häufigen Gebrauch, wenn sie wieder nach Hause zurückgekehrt sind. Es gab keinen Unterschied in der aufgewendeten Zeit des Hilfsmitteltrainings von Bade- und Anziehhilfen für Klienten mit Hirnverletzungen und solchen mit orthopädischen Defiziten.

Zusammenhang von Instruktion und Klientenfaktoren: „Pearson product-moment correlation“ Koeffizient wurde ausgerechnet, um die Beziehung zwischen den Eigenschaften der Instruktionen und Klientenfaktoren zu untersuchen. Für das Baden hatten Klienten mit tieferem FIM-Wert mehr Behandlungseinheiten erhalten, obwohl die aufgewendete Zeit für das Hilfsmitteltraining nicht signifikant in Zusammenhang mit Klientenfaktoren steht. Zudem beurteilten Therapeuten, dass Klienten mit einem grösseren positiven Gemütszustand die Hilfsmittel zu Hause häufiger verwendeten und dass Klienten mit höherer motorischer- und kognitiver Funktion und grösserem positiven Gemütszustand, grösseres Wissen bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs hatten. Der Einbezug von Familienmitgliedern in die Trainingseinheiten scheint im Zusammenhang mit dem tieferen kognitiven Funktionswert, negativeren Wahrnehmung bezüglich Hilfsmittel und der tieferen positiven Beurteilung der Hilfsmittel zu stehen.

Ein ähnliches Muster ist beim Thema Anziehen zu beobachten. Klienten mit einem tieferen motorischen- und kognitiven- und funktionellen Wert, tieferer positiver Beurteilung und tieferem psychologischem Affekt, erhielten eine höhere Anzahl von Trainingseinheiten. Wie dem auch sei, besteht kein Zusammenhang zwischen der durchschnittlich aufgewendeten Zeit für die Behand-

	<p>lungseinheit und den Klientenfaktoren. Die Erwartung der Therapeuten bezüglich des Gebrauchs von Anziehhilfen zu Hause, war für Klienten mit positivem Gemütszustand höher. Therapeuten schätzten, dass der Wissenstand bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs höher war bei solchen mit höherem motorischem Wert, mit positiven Werten bezüglich der Beurteilung der Hilfsmittel und mit positivem Affekt-Wert. Familienmitglieder wurden bei Klienten mit tieferer negativer Beurteilung von Hilfsmitteln eher einbezogen.</p> <p>→ Die statistische Signifikanz wird angegeben.</p> <p>Analysemethode: Um die Merkmale der Instruktion zu beschreiben, wurden deskriptive Statistiken verwendet. T-Tests für unabhängige Stichproben wurden genutzt, um die Unterschiede zwischen Klienten mit orthopädischen Defiziten und Klienten mit einer Hirnverletzung zu untersuchen. Weil zu wenige Klienten mit einer Amputation der unteren Extremität teilgenommen hatten, wurden sie aus der Vergleichsanalyse ausgeschlossen. Um den Zusammenhang zwischen Merkmalen der Instruktion und die Selbsteinschätzung der Klienten aufzuzeigen, wurden die Pearson Produkt-Moment Korrelation verwendet. Dies ist eine dafür geeignete Analysemethode.</p> <p>Der statistische einfache T-Test ist adäquat um den Intragruppeneffekt, also um die Unterschiede zu eruieren.</p> <p>→ Die Analysemethoden sind geeignet, bezüglich des Zweckes und der Ergebnisse der Studie. Es wurden Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen des Hilfsmitteltrainings analysiert.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Es fehlt eine Erörterung der Relevanz der Ergebnisse für die klinische Praxis. Die Effektivität des Hilfsmitteltrainings wird nicht erläutert.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Keine Drop-outs</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Resultate der Studie bestätigen, dass ältere Klienten von den Hilfsmitteln überzeugt und mit dem Hilfsmitteltraining zufrieden sind. Sie bestätigen somit die vorausgegangene Literatur. Zusätzlich fanden die Autoren heraus, dass der grösste Teil der Instruktionmethoden mündlich waren und einige Demonstrationen /Vorführungen enthielten. Wenigen Klienten wurde während dem Hilfsmitteltraining schriftliches Material abgegeben, was bedeutet, dass Klienten mit wenig Information bezüglich der Pflege von Hilfsmittel, Sicher-</p>

heitsvorschriften und Vorschlägen, was zu tun ist, wenn die Hilfsmittel Reparatur oder Ersatz benötigten, nach Hause kehrten.

Zudem wurde herausgefunden, dass der grösste Teil der Patientenedukation und des Hilfsmitteltrainings in der ergotherapeutischen Klinik oder im Zimmer des Klienten stattfand. Dies zeigt auf, dass die meisten Trainingseinheiten die lebensgetreue Situation der Klienten nur simulierte und nicht direkt repräsentierte. Kurze Behandlungseinheiten beim Klienten zu Hause, den Einbezug von Familienmitglieder und Pfleger in die Behandlungseinheiten in der Rehabilitationsinstitution, könnte die Brücke schlagen zwischen Institution und zu Hause. Diese Behandlungseinheiten könnten während Abenden und Wochenenden stattfinden, wenn Familienmitglieder eher anwesend sein können. Es wird empfohlen, die beschriebenen Instruktionsmethoden zu erweitern. Nicht nur leicht verständliche schriftliche Instruktionen, sondern auch Videos sollten verwendet werden. Die Instruktionen können mit Diagrammen und Bildern ergänzt werden. Die Sicherheitsaspekte sollte mit den Klienten, Familienmitgliedern und Bezugspersonen angeschaut und mit schriftlichem Material und Videos untermalt werden.

Therapeuten, sowie auch Klienten bewerteten die Zeit, die für das Hilfsmitteltraining aufgewendet wurde als adäquat. Weitere Studien sollen bestimmen, ob Klienten dazu befähigt sind die Hilfsmittel zu Hause effektiv zu nutzen.

→ Im Diskussionsteil werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen skizziert. Wenige zusätzliche Literatur wird hinzugezogen, um die Ergebnisse zu untermalen. Weitere Forschung wird empfohlen.

Limitationen: Die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Aufzeichnungen und die Zeitschätzung von den Therapeuten waren schwierig zu beurteilen. Obwohl Therapeuten trainiert und angeleitet wurden im Gebrauch einer Dokumentationsform, konnte die Interrater-Reliabilität nicht gewährleistet werden, aufgrund der limitierten Zeit und Ressourcen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Teilnehmer betrug 21 Tage. Dies reduzierte sich dann auf 8 bis 14 Tage. Diese Veränderung kann die verfügbare Zeit für Patientenedukation sowie die Möglichkeit Hilfsmittel unter Supervision auszuprobieren beeinflusst haben.

Schlussfolgerung: Die Resultate helfen Ergotherapeuten bei der Hilfsmittelinstruktion von älteren Menschen, welche sich in der Rehabilitation befinden. Jeder Klient, welcher durchschnittlich 2 Badehilfsmittel und 3 Anziehhilfen erhielten, war zufrieden mit dem Hilfsmitteltraining. Die durchschnittliche Dauer der Instruktion war angemessen. Dies waren bei den Badehilfsmitteln 9 Minuten (durchschnittlich eine Behandlungseinheit) und bei den Anziehhilfen 10 Minuten (durchschnittlich 2 ½ Behandlungseinheiten). Die Patienten erhielten wenig schriftliche Informationen bezüglich der Verfestigung der erhaltenen

	<p>Demonstrationen und die Klienten kehrten nach Hause mit wenigen Informationen bezüglich Sicherheitshinweisen und was sie machen müssen, wenn das Hilfsmittel ausgetauscht oder repariert werden muss.</p> <p>Der grosse Teil des Hilfsmitteltrainings fand in den Räumlichkeiten der Ergotherapie oder im Zimmer der Klienten statt. Therapieeinheiten beim Klient zu Hause würden die Differenz zwischen Institution und zu Hause überbrücken. Diese Therapieeinheiten sollten am Abend oder an den Wochenenden stattfinden, da dann die Familienmitglieder häufiger zu Hause sind. Wenige Klienten erhielten schriftliches Material, zur Unterstützung des Trainings.</p> <p>Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob Patienten die Hilfsmittel nach der Rückkehr nach Hause effektiv nutzen.</p>
--	--

CITATION	Provide the full citation for this article in APA format: Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2001). Post Discharge Use of Bathing Equipment Prescribed by Occupational Therapists: What Lessons to Be Learned? <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i> , 19(3), 49-65.
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Das Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, welchen Einfluss verschiedene Klienten- und Trainingsfaktoren auf den Gebrauch von Badehilfsmitteln, welche nach dem Eintritt ins Spital aufgrund eines allgemeinen medizinischen oder chirurgischen Leidens verschrieben wurden, haben. Der Fokus der Studie lag auf Badehilfsmitteln, weil das Baden eine der häufigsten körperlich anspruchsvollen Aktivitäten des täglichen Lebens ist. Die Abhängigkeit bei der Aktivität Baden hat einen Einfluss auf die sichere Entlassung nach Hause. Die Studie hatte zum Ziel folgende Bereiche zu untersuchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebrauch von Badehilfsmitteln in der vierten bis sechsten Woche nach Entlassung aus dem Spital ▪ Begründung der Klienten bezüglich des Nichtgebrauchs von Hilfsmitteln ▪ Ob die Sichtweise der Klienten bezüglich des Nutzens von Hilfsmitteln, ihrer Mitwirkung bei der Auswahl der Hilfsmittel, ihrer Beteiligung beim Hilfsmitteltraining sowie die Anwesenheit von wichtigen anderen Personen während dem Training, den Gebrauch von verordneten Hilfsmitteln nach der Entlassung beeinflusst → Das Ziel der Studie wird nach dem Aufzeigen der relevanten Literatur detailliert beschrieben. Relevanz für die Ergotherapie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist wenig bekannt darüber, welche Faktoren Ergotherapeuten beim Hilfsmitteltraining beachten sollten, damit diese nach der Entlassung aus dem Spital angewendet werden. ▪ Hilfsmittel sind wichtig, um die Selbständigkeit zu Hause zu gewährleisten. Das Erreichen einer grösstmöglichen Selbständigkeit ist ein grundlegendes Ziel der Ergotherapie. ▪ Es ist bekannt, dass Hilfsmittel nach der Abgabe oft nicht mehr gebraucht werden, weshalb eine Begründung bezüglich des Nichtgebrauchs relevant für die Ergotherapie ist. Das selbständige Ausführen von Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Baden und Körperhygiene) ist wichtig, um sicher nach Hause zurückkehren zu können.
LITERATURE	Describe the justification of the need for this study:

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Die Relevanz der Studie wird mit einer Zusammenfassung bestehender Literatur aufgezeigt. Es werden Schwierigkeiten des Badens, Gründe für die Verschreibung und Vorteile solcher Hilfsmittel aufgezeigt. Es wird erwähnt, dass diese Hilfsmittel eine bedeutende Rolle im Rehabilitationsprozess spielen, da Fähigkeiten bezüglich der Selbständigkeit und eine sichere Entlassung gefördert werden. Es werden Studien aufgeführt, welche die Gebrauchsrate der Hilfsmittel analysierten. Hilfsmittel können nur dann effektiv sein, wenn der Klient das Hilfsmittel so gebraucht, wie er es verschrieben bekam. Es werden anhand weiterer Literatur Gründe für den Nichtgebrauch aufgeführt. Hilfsmittel können nur dann effektiv sein, wenn sie ordnungsgemäss verwendet werden. Wird das Hilfsmittel nicht verwendet, kann das Wohlbefinden und die Betätigungsperformanz gefährdet sein.</p> <p>Viele Studien arbeiteten Faktoren heraus, welche den Gebrauch von Hilfsmittel nach der Entlassung beeinflussen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinische Faktoren (Diagnose) ▪ Demografische Faktoren (Alter, Geschlecht, Wohnsituation) ▪ Faktoren der Hilfsmittel (Eigenschaften, Ästhetik, schnelle Versorgung) ▪ Persönliche Faktoren (Hilfsmittel als nützlich wahrnehmen) ▪ Einbezug der Klienten im Auswahlprozess des Hilfsmittels ▪ Ergotherapeutischer Prozess (Assessments) <p>Diverse Literatur zeigt auf, dass Instruktionen bezüglich der korrekten Verwendung der Hilfsmittel, den Hilfsmittelgebrauch positiv beeinflussen können. Es gibt jedoch wenige Studien, die analysierten, ob die Art des Trainings den Hilfsmittelgebrauch beeinflusst. Zwei britische Studien untersuchten diesen Aspekt und fanden heraus, dass der Hilfsmittelgebrauch mittels eines Hilfsmitteltrainings zu Hause mit Einbezug der Klienten und Anwesenheit der Angehörigen, direkt nach der Entlassung, gesteigert werden kann.</p> <p>Die meisten Studien in diesem Gebiet, fokussierten auf die Untersuchung der Hilfsmittelgebrauchsrate. Während dies ein wichtiger Aspekt ist für die Beurteilung der Effektivität der Hilfsmittel, ist es für Ergotherapeuten wichtig die Gründe für den Nichtgebrauch eines Hilfsmittels zu verstehen. Wenn diese Gründe beachtet und verstanden werden, kann die Dienstleistung der Hilfsmittelversorgung gefördert werden und die Klienten können den maximalen Vorteil der Hilfsmittel geniessen.</p> <p>Wenige Studien untersuchten die Sicht der Klienten bezüglich dem Nutzen vom Hilfsmittel, der Hilfsmittelauswahl, der Art des Hilfsmitteltrainings, der Anwesenheit von anderen Personen während dem Training.</p> <p>→ Es wird ein Überblick über die bereits vorhandene Literatur gegeben und ausführlich beschrieben. Die klinische Wichtigkeit der Studie wird somit erläutert. Die Begründung für diese Studie und die Wissenslücke wird durch man-</p>
---	--

	gelnde Literatur und Informationen über Hilfsmittel begründet.
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich, welches Design für die Studie verwendet wurde. Da eine Umfrage (mittels Fragebogen) gemacht wurde und die Umfragen zu einem einzigen Zeitpunkt durchgeführt wurden, lässt es auf das Design der Querschnittstudie deuten.</p> <p>Das Studiendesign eignet sich, um den Zweck der Studie zu erfüllen. Das Design ist adäquat, da es zu diesem Zeitpunkt noch wenig über den Hilfsmittelgebrauch und das Hilfsmitteltraining bekannt war. Das Design entspricht der Studienfragen, da es darum ging die Wirksamkeit des Hilfsmittelgebrauchs zu erfassen. Umfragen und Fragebögen sind übliche Methoden bei Querschnittstudien. Es gibt nur eine Gruppe von Personen und die Bewertung der gesamten Gruppe fand zu einem einzigen Zeitpunkt statt. Das Design ist passend bezüglich der Ergebnisse, da mittels dieses Designs verschiedene Faktoren erforscht werden konnten, die den Hilfsmittelgebrauch beeinflussen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Systematischer Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillig/Überweisung: Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil, da sie wählen konnten, ob sie die Einverständniserklärung ausfüllen wollten oder nicht. Dieser systematische Fehler hat eventuell die Ergebnisse der Studie begünstigt, da sie tendenziell motivierter und mehr um ihre Gesundheit besorgt waren, als solche die nicht freiwillig bei einer Studie teilnehmen. ▪ Jahreszeit: Es ist nicht klar, über welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Teilnehmerauswahl kann die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben, da sich die Jahreszeit auf die Gesundheit und somit den Hilfsmittelgebrauch der Teilnehmer auswirken kann. ▪ Aufmerksamkeit: Es kann sein, dass die Gruppe von Teilnehmern beeinflusst wurde, da sie den Zweck der Studie kannten und hatten deshalb vielleicht ihre Antworten danach ausgerichtet. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnern: Es kann sein, dass sich die Teilnehmer nicht mehr erinnern konnten, ob sie Hilfsmittel bekamen und wie oft sie diese anwandten oder auch welche Instruktionen sie bekamen. <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Ko-Intervention könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.

	<p>Die Teilnehmer könnten von jemandem zusätzliche Hilfsmittel erhalten haben. Es kann sein, dass es somit zu Verwechslungen bezüglich der Gebrauchsrate oder der erhaltenen Instruktionen einzelner Hilfsmittel gekommen ist.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 64</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Insgesamt waren während den 9 Monaten der Datensammlung 175 Klienten berechtigt an der Studie teilzunehmen. 8 Klienten lehnten die Teilnahme ab und 15 Klienten haben das Spital frühzeitig verlassen. 3 Klienten konnten zum Zeitpunkt des Follow-up nicht erreicht werden und 5 Klienten waren immer noch hospitalisiert. Es wurden von 144 Teilnehmern Daten erhoben. Davon erhielten 64 Personen Badehilfsmittel. 7 Teilnehmer wurden von der Studie ausgeschlossen, weil das Follow-up nach 12 Wochen nach der Entlassung geschah. Zu einem solchen späten Zeitpunkt war zu erwarten, dass die Hilfsmittel nicht mehr gebraucht wurden.</p> <p>Von März bis Dezember 1998 wurden mögliche Teilnehmer durch die Ergotherapeuten, welche Hilfsmittel verordneten, an die Forscher verwiesen. Die Teilnehmer für die Studie wurden ausgesucht, indem ihnen während dem stationären Spitalaufenthalt eine Einverständniserklärung abgegeben wurde. 4 bis 6 Wochen nach der Entlassung wurden die medizinischen Akten angeschaut, um demografischen Daten der Teilnehmer zu erhalten und um zu eruiieren an welchen telefoniert sowie Fragebögen abgegeben werden konnten.</p> <p>→ Es ist unklar, weshalb sie die Teilnehmer telefonisch kontaktierten. Klienten, die entweder in einer Rehabilitationsklinik oder orthopädischen Abteilung von einem grossstädtischen Spital stationiert waren und die Einschlusskriterien erfüllten waren zur Teilnahme an der Studie berechtigt.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnehmer mussten in stationärer Behandlung in einem Spital gewesen sein ▪ Sie mussten während dem Spitalaufenthalt Badehilfsmittel von einem Ergotherapeuten verordnet bekommen haben ▪ Sie durften keine kognitiven Beeinträchtigungen, Wahrnehmungs- oder Sprechstörungen aufweisen, welche sie hinderten eine Einverständniserklärung zu geben und am Interview bei der Nachuntersuchung teilzunehmen <p>Die Teilnehmer hatten ein Durchschnittsalter von 70.7 Jahren (von 46-93 Jahre). Die Mehrheit waren Frauen (62.5 %). Die meisten Teilnehmer waren verheiratet (62.5 %) und lebten mit einer anderen Person zusammen (76.6 %). Fast 44 % unterzog sich einer Gelenkersatzoperation.</p>

	<p>→ Die Stichprobe wird genau beschrieben. Angaben bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose, Zivilstand und Arten der Hilfsmittel wird in einer Tabelle dargestellt. Die Dauer der Krankheiten und der funktioneller Status der Teilnehmer fehlt jedoch. Trotzdem gibt es ein klares Bild von den Studienteilnehmern. Die Autoren beschreiben, wie sie zu ihrer Stichprobengröße kamen. Die Teilnehmerzahl kann durch die verfügbare Population begründet werden. Zudem erwähnten die Autoren, dass die Teilnehmer dieser Studie 36.6 % von allen möglichen Teilnehmer (64 von 175) darstellten.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?: Die ethische Zulassung wurde von relevanten Universitären- und Spitalkomitees eingeholt. Die Teilnehmer nahmen freiwillig teil. Sie füllten während ihres Spitalaufenthaltes eine schriftliche Einverständniserklärung aus. → Die Auswahl der Teilnehmer und ethische Aspekte werden beschrieben.</p>		
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Der Studie ist zu entnehmen, dass von den Teilnehmern ein Fragebogen nach der Entlassung aus dem Spital ausgefüllt wurde. Jedoch wird auch von einem „Follow-up Interview“ gesprochen. Anhand der Resultate ist jedoch erkennbar, dass nur eine Datenerhebung durchgeführt wurde. → Es ist unklar warum in der Studie immer von “Follow-up” gesprochen wird, auch wenn nur einmal Daten erhoben wurden.</p> <p>Relevanz der Ergotherapie: In der Ergotherapie müssen diese Faktoren beachtet werden, um ein Hilfsmittel zu empfehlen und zu trainieren. Die Studie bezieht sich indirekt auf die ergotherapeutischen Komponenten der Performanz, des Umfelds und der Durchführungsqualität einer Tätigkeit, durch das Thema Hilfsmittelgebrauch im Alltag.</p> <table border="1" data-bbox="499 1496 1445 2045"> <tr> <td data-bbox="499 1496 978 2045"> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rate des Gebrauchs von Badehilfsmittel ▪ Gründe für Nichtgebrauch von Hilfsmitteln ▪ Meinung bezüglich Vorteile der Hilfsmittel, ihrer Mitarbeit in der Hilfsmittelauswahl, ihres Einbezuges in das Hilfsmitteltraining, der Anwesenheit von anderen während des Hilfsmitteltrainings ▪ Haben diese Aspekte einen Ein- </td> <td data-bbox="978 1496 1445 2045"> <p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen </td> </tr> </table>	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rate des Gebrauchs von Badehilfsmittel ▪ Gründe für Nichtgebrauch von Hilfsmitteln ▪ Meinung bezüglich Vorteile der Hilfsmittel, ihrer Mitarbeit in der Hilfsmittelauswahl, ihres Einbezuges in das Hilfsmitteltraining, der Anwesenheit von anderen während des Hilfsmitteltrainings ▪ Haben diese Aspekte einen Ein- 	<p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen
<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rate des Gebrauchs von Badehilfsmittel ▪ Gründe für Nichtgebrauch von Hilfsmitteln ▪ Meinung bezüglich Vorteile der Hilfsmittel, ihrer Mitarbeit in der Hilfsmittelauswahl, ihres Einbezuges in das Hilfsmitteltraining, der Anwesenheit von anderen während des Hilfsmitteltrainings ▪ Haben diese Aspekte einen Ein- 	<p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen 		

	fluss auf den Gebrauch nach der Entlassung aus dem Spital?	
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>In dieser Studie stellt der Fragebogen die Massnahme dar. Mit Hilfe eines Fragebogens wurden Daten erhoben. Dieser wurde aufgrund der Literaturübersicht bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs und Diskussionen mit Ergotherapeuten erstellt. Der Fragebogen beinhaltete 7 Fragen. Die Teilnehmer antworteten auf Fragen zu folgenden Themen mit einem 5 -Punkte-Bewertungssystem (5-Punkte Likert Skala).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfsmittelgebrauch seit der Entlassung („nie“ bis „immer“) ▪ Einschätzung vom Nutzen des Hilfsmittels („kein Nutzen“ bis „grosser Nutzen“) ▪ Ja/Nein Fragen: ob Teilnehmer beim Auswahlprozess des Hilfsmittels mitbestimmen konnten, ob Familienmitglieder oder Bezugspersonen beim Hilfsmitteltraining anwesend waren ▪ Festgelegte Antwortmöglichkeiten: Verständnis der Teilnehmer für Bedarf einer Hilfsmittelverordnung, Begründung für Nichtgebrauch, ob sie ein Hilfsmitteltraining erhalten haben und wenn ja, welche Art von Training <p>Zu Beginn der Studie wurden die Fragen bei 15 Patienten getestet. Es gab keine Schwierigkeiten, weshalb die Fragen in der Originalversion übernommen wurden.</p> <p>→ Interviewfragen werden aufgelistet. Die Intervention (hier die Umfrage) wurde einmalig durchgeführt. Sie hätten während dem Spitalaufenthalt bereits eine erste Datenerhebung durchführen können. Das Setting wird nicht beschrieben. Informationen wie das Training der Hilfsmittel konkret aussah wird nicht beschrieben.</p> <p>→ Beim Zweck der Studie wird begründet, weshalb Badehilfsmittel untersucht wurden. Weshalb konkret die in der Studie aufgeführten Badehilfsmittel ausgesucht wurden, wird nicht erläutert.</p> <p>→ Ergotherapeutische Relevanz: Es handelt sich hierbei nicht um eine typische Ergotherapieintervention, aber für die Hilfsmittelversorgung in der Ergotherapie ist es relevant Wissen über den Hilfsmittelgebrauch und Wissen über die Art der Instruktionen zu haben.</p> <p>→ Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention werden keine Angaben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p>	
RESULTS	What were the results? Were they statistically significant (i.e., p < 0.05)? If not statistically significant, was study big enough to show an im-	

<p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>portant difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Den 64 Teilnehmern wurden in dieser Studie 90 Badehilfsmittel verschrieben. Der durchschnittliche Zeitpunkt des Follow-ups war 7.3 Wochen und der Mittelwert 6 Wochen (4 bis 12 Wochen). Den Teilnehmern wurden durchschnittlich 1.4 Badehilfsmittel verschrieben (1 bis 3 Hilfsmittel). Der Duschstuhl wird als das meist gebrauchte Hilfsmittel beschrieben (35.6 %).</p> <p>→ Statistische Signifikanz wird zum Thema Nutzen, Auswahl, Training und Anwesenheit der Familie während den Instruktionen angegeben. Zum Thema Hilfsmittelgebrauch und Begründung für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel werden Prozentsätze angegeben.</p> <p>Hilfsmittelgebrauch: Es wurden insgesamt 71.1 % der verordneten Badehilfsmittel benützt. Es werden die Gebrauchsdaten der einzelnen Hilfsmittel aufgelistet. Die Raten reichten von 0.0 % für langstielige Rückenbürsten (0 von 2) zu 100 % für Duschhocker (5 von 5). Duschstühle zeigten auch eine hohe Gebrauchsrate von 87.5 % (28 von 32). Die nächstmeisten verwendeten Hilfsmittel waren die Antirutschmatten (80.0 % oder 4 von 5), gefolgt von den flexiblen Duschschräuchen (76.9 % oder 10 von 13). Nach den langstieligen Rückenbürsten, das nächste Hilfsmittel, das am wenigsten gebraucht wurde, war der Zehenreiniger (40 %, 8 von 20).</p> <p>Begründung für den Nichtgebrauch der Hilfsmittel: Von 90 Hilfsmitteln wurden gemäss Ergotherapeuten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, 26 (28.9 %) Hilfsmittel nicht benützt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufigster Grund für Nichtgebrauch: Hilfsmittel wurden nur für kurze Zeit benötigt (13 von den 26 nichtgebrauchten Hilfsmitteln → 50 %) ▪ Zweithäufigster Grund: fehlendes Wissen bezüglich dem korrekten Gebrauch des Hilfsmittels (7 von 26 Hilfsmitteln → 26.9 %). ▪ Follow-up: Bedürfnisse der Patienten haben sich seit Austritt verändert (6 von 26 Hilfsmitteln → 23.1 %) ▪ Bei Nachuntersuchung: Hilfsmittel als nicht mehr notwendig erachtet (Antirutschmatte, 3 von 4 Duschstühlen, 2 von 3 in der Hand haltbaren) ▪ Unangemessenem Training (langstieligen Bürsten, 4 von 12 Zehenreiniger, eine von 3 flexiblen Duschschräuchen, 1 von 3 Badebrettern) ▪ Änderung der Prioritäten der Klienten (3 von 12 Zehenreiniger, 1 von 2 Seifenbeuteln, 1 von 4 Duschstühlen, 1 von 3 Badebrettern) <p>Nutzen: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Nutzen und der Gebrauchsrate von Badehilfsmitteln. Alle Hilfsmittel, welche gebraucht wurden, wurden als nützlich empfunden (64 Hilfsmittel). Im Gegensatz dazu wurden die meisten Badehilfsmittel, welche bei der Nachuntersuchung (Follow-up) (84.6 % oder 22 von 26 Hilfsmitteln) nicht gebraucht</p>
--	--

wurden, als wenig nützlich angesehen. Manche Duschstühle und Zehenreiniger wurden bei der Nachuntersuchung nicht gebraucht, wurden jedoch als nützlich betrachtet.

Auswahl: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Mitarbeit der Klienten während der Hilfsmittelauswahl und dem Gebrauch der Badehilfsmittel. Von 64 benutzten Hilfsmitteln in der Nachuntersuchung (Follow-up), wurden 21 (32.8 %) mittels einem kollaborativen Entscheidungsansatz ausgesucht. Bei allen nichtgebrauchten Hilfsmitteln (26 Hilfsmittel) wurden die Patienten nicht in den Auswahlprozess einbezogen.

Training: Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erhalten von Hilfsmitteltraining und dem Gebrauch von Badehilfsmitteln. Für 41 Badehilfsmittel erhielten die Klienten ein Training oder eine Instruktion. Es gibt Hilfsmittel für welche öfter ein Training durchgeführt wurde (Badebretter (100 % oder 5 von 5 Hilfsmittel), Antirutschmatten (75 % oder 3 von 4 Hilfsmittel), Seifenbeutel (75 % oder 3 von 4 Hilfsmittel)). Im Gegensatz dazu erhielten Teilnehmer nur für 6 (23.1%) von den 26 nicht mehr gebrauchten Hilfsmitteln im Follow-up, ein Training. Hilfsmitteltraining geschah für 5 der Zehenreiniger und für die eine langstielige Bürste, die in der Follow-up nicht mehr angewendet wurden.

Formen des Trainings bei Klienten, für die in dieser Studie verschriebenen Hilfsmittel, die gebraucht wurden:

- Instruktionen während einem Hausbesuch (26.6 % oder 17 Hilfsmittel))
- Demonstration (15.6 % oder 10 Hilfsmittel)
- verbale Instruktion (12.5 % oder 8 Hilfsmittel)

Formen des Trainings bei Klienten, die ihr Hilfsmittel nicht gebrauchen:

- verbale Instruktionen (7.7 % oder 2 Hilfsmittel)
- Demonstration (7.7 % oder 2 Hilfsmittel)
- schriftliche Instruktionen und Training während dem Hausbesuch (3.8 % oder 1 Hilfsmittel)

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anwesenheit der Familie, Freunden oder Bezugspersonen während dem Hilfsmitteltraining und dem Hilfsmittelgebrauch beim Follow-up. Die Familie war während dem Hilfsmitteltraining von 27 (42.2 %) von den 64 verwendeten Hilfsmitteln präsent. Bei 3 (11.5 %) von den 26 nichtgebrauchten Hilfsmitteln waren die Familien auch beim Hilfsmitteltraining anwesend. Fast die Hälfte der Teilnehmer hat kein Training erhalten, weshalb die dementsprechend weniger Familienmitglieder in das Training einbezogen wurden.

Analyse: Die Daten der Fragebögen wurden in das "Statistical Package of Social Sciences" (Version 8.0) eingegeben. Die Daten vom Gebrauch der Badehilfsmittel sowie die Gründe für den Nichtgebrauch wurden bei der Nachun-

	<p>tersuchung (Follow-up) deskriptiv analysiert. Pearson chi-square tests wurden benutzt, um zu bestimmen, ob der Hilfsmittelgebrauch von der Einschätzung bezüglich der Vorteile der Hilfsmittel, vom Einbezug in die Auswahl der Hilfsmittel, vom Erhalt vom Hilfsmitteltraining und von der Präsenz von Familien, Freunden und Pfleger während dem Training, beeinflusst wird. Diese Chi-square- Analyse eignet sich, um diese Beziehung zu analysieren.</p> <p>Um den Hilfsmittelgebrauch zu bestimmen wurden die Teilnehmer in „users“ eingeteilt, wenn sie ihre verschriebenen Hilfsmittel meistens oder die ganze Zeit verwendeten. Der Grund für diese Einteilung wird erläutert, zudem wird ein Beispiel aufgezeigt.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Resultate der Studie zeigen, dass die Berücksichtigung von Meinungen der Klienten während der Hilfsmittelauswahl und dem Hilfsmitteltraining wichtig ist, um den Hilfsmittelgebrauch nach Entlassung aus dem Spital zu steigern. Inhalte des Trainings müssen nach der Entlassung wieder abgerufen werden können. Hilfsmittel, welche mit einem klientenzentrierten Ansatz verordnet wurden, empfanden die Klienten als nützlicher und brauchten sie entsprechend mehr.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>3 Klienten konnten bei der Nachuntersuchung nicht erreicht werden und 5 Klienten waren immer noch hospitalisiert. Es wurden von 144 Teilnehmern Daten erhoben. Davon erhielten 64 Personen Badehilfsmittel. 7 Teilnehmer wurden von der Studie ausgeschlossen, weil die Nachuntersuchung (Follow-up) nach 12 Wochen nach der Entlassung geschah. Zu einem solchen späten Zeitpunkt war zu erwarten, dass, die Hilfsmittel nicht mehr gebraucht wurden. → Die Handhabung der Drop-outs wird nicht beschrieben.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein Wechsel im Status des Klienten, womit die Notwendigkeit von menschlicher Assistenz um die Hilfsmittel zu gebrauchen einhergeht oder der Aspekt, dass das Hilfsmittel nicht mehr länger in den Kontext passt, zeigt auf, dass Ergotherapeuten nach der Entlassung eine Wiederholungsbegutachtung durchführen sollten. Personen sind dynamisch und ihre Notwendigkeiten verändern sich ständig. Aus diesem Grund wird eine Wiederholungsbegutachtung der Klienten, nach dem Austritt aus dem Spital, empfohlen.

- Es wurde eine Beziehung zwischen dem wahrgenommenen Nutzen und dem Hilfsmittelgebrauch eruiert. Dieses Resultat stimmt mit anderen Studien überein. Diese Resultate bestätigen die Notwendigkeit eines angemessenen ergotherapeutischen Assessments, Mitarbeit des Klienten beim Hilfsmittelversorgungsprozess und die Notwendigkeit eines Trainings, dass die Klienten den Nutzen in den Hilfsmitteln und Vorteil bezüglich der Lebensqualität sehen.
- In dieser Studie wurde ein Zusammenhang gefunden zwischen dem Erhalt eines Hilfsmitteltrainings und dem Hilfsmittelgebrauch.
- Klienten den richtigen Hilfsmittelgebrauch zu lehren, ist ein wichtiger Bestandteil des Hilfsmittelversorgungsprozesses. In der vorhandenen Literatur der Ergotherapie ist unklar, wie ein angemessenes Hilfsmitteltraining aufgebaut sein sollte. Vermutlich würde dies aufgrund der verschiedenen speziellen Notwendigkeiten der Klienten variieren. Jedenfalls wird ein Training als adäquat betrachtet, wenn es den Klienten befähigt kompetent und selbstbewusst die Hilfsmittel zu gebrauchen.
- Instruktionen durch Therapeuten während Hausbesuchen, wird in dieser Studie als die meist angewandte Form des Trainings angegeben. Diese Art des Hilfsmitteltrainings bietet die Möglichkeit, den Hilfsmittelgebrauch im relevanten Umfeld des Klienten, zu üben. Diese Resultate unterscheiden sich von denen von Neville-Jan et al. (1993), welcher in seiner Studie (N=50) herausfand, dass Demonstrationen und verbale Erklärungen als die häufigsten Formen von Hilfsmitteltraining angegeben wurde. Diese Studie gibt an, dass nur wenige (8 %) Hilfsmitteltraining zu Hause erhielten. -> ist kein "Widerspruch"/grosser Unterschied der Formen: Demonstrationen und verbale Erklärungen können auch während Hausbesuchen vorkommen
- Es wird ein Zusammenhang entdeckt, zwischen dem Einbezug der Familie und dem Hilfsmittelgebrauch, obwohl diese Resultate verzerrt sein könnten, da nicht viele Teilnehmer eine Hilfsmitteltraining erhielten. Die Präsenz eines Familienmitgliedes, Freundes oder eines Pflegers während dem Hilfsmitteltraining wurde als ein wichtiger Faktor identifiziert in der Steigerung des Hilfsmittelgebrauchs. Weiter wird empfohlen wichtige Angehörige im Hilfsmitteltraining einzubeziehen um den Zweck der Hilfsmittel und die Effektivität bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens der Hilfsmittel, zu demonstrieren.

→ Im Diskussionsteil werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen skizziert. Es wird Fachliteratur hinzugezogen. Weitere Forschung wird nicht explizit empfohlen.

Schlussfolgerung: In dieser Studie hatte die Sichtweise der Klienten bezüg-

lich des Nutzens der Hilfsmittel, die Beteiligung bei der Auswahl der Hilfsmittel sowie dem Hilfsmitteltraining, einen Einfluss auf den Hilfsmittelgebrauch. Um die Werte, Vorstellungen und Meinungen der Klienten zu berücksichtigen, wird empfohlen klientenzentriert zu arbeiten.

Implikationen für die Praxis: Die Resultate der Studie zeigen, dass die Berücksichtigung von Meinungen der Klienten während der Hilfsmittelauswahl und dem Hilfsmitteltraining wichtig ist, um den Hilfsmittelgebrauch nach Entlassung aus dem Spital zu steigern. Inhalte des Trainings müssen nach der Entlassung wieder abgerufen werden können. Hilfsmittel, welche mit einem klientenzentrierten Ansatz verordnet wurden, empfanden die Klienten als nützlicher und brauchten sie entsprechend mehr.

Limitationen: Aufgrund der kleinen Stichprobe (64 Teilnehmer) und weil alle Teilnehmer im selben Spital waren, sind die Resultate nicht repräsentativ für alle Ergotherapie Klienten. Hilfsmitteltraining fand zu verschiedenen Zeitpunkten statt. Klienten, die sich einer Gelenkersatzoperation unterzogen, bekamen das Hilfsmitteltraining oft vor der Operation. Andere Klienten erhielten das Training kurz vor dem Austritt. Für diejenigen, die eine Gelenkersatzoperation hatten, könnte sich der Zeitpunkt des erhaltenen Hilfsmitteltrainings auf die Fähigkeit, sich an das Training zu erinnern ausgewirkt haben. Somit könnte es sein, dass sie sich nicht mehr an alle Ereignisse erinnern konnten.

CITATION	<p>Provide the full citation for this article in APA format:</p> <p>Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i>, 1(1-2), 29-40.</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Das Ziel der Studie war herauszufinden, welche klienten-, hilfsmittel- und behandlungsbezogene Faktoren den Gebrauch von Hilfsmitteln nach der Entlassung aus dem Spital voraussagen. Die Studie bezieht sich auf folgende Hilfsmittel, die von Ergotherapeuten während des Klinikaufenthalts empfohlen wurden: Geländer, Hilfsmittel für Aktivitäten im Bad, Toilettenhilfsmittel und Anziehhilfen. Diese Hilfsmittel wurden für die Untersuchung ausgewählt, da die Selbstversorgung körperlich sehr anstrengend sein kann und die Fähigkeit die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen wichtig ist, um sicher nach Hause zurückkehren zu können. Zudem weisen diese Hilfsmittel einen hohen Level des Nichtgebrauchs auf.</p> <p>Die Studie beabsichtigte folgendes herauszufinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebrauchslevel der empfohlenen Hilfsmittel, nach dem Spitalaufenthalt (nach 4-6 Wochen) ▪ Faktoren, die den Gebrauch von empfohlenen Hilfsmitteln beeinflussen, feststellen und somit Empfehlungen für die Hilfsmittelversorgung zusammenzustellen <p>→ Das Ziel der Studie wird klar beschrieben.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist wenig Wissen vorhanden, welche Faktoren Ergotherapeuten beim Hilfsmitteltraining beachten sollten, damit die Hilfsmittel nach der Entlassung aus dem Spital angewendet werden. ▪ Das Wissen über einen adäquaten ergotherapeutischen Ansatz, der die Abgabe und das Training von Hilfsmitteln unterstützt, ist relevant für die Ergotherapie. ▪ Hilfsmittel sind relevant, um zu Hause die Selbständigkeit zu gewährleisten. Das Erreichen von einer grösstmöglichen Selbständigkeit ist ein grundlegendes Ziel der Ergotherapie. ▪ Es ist bekannt, dass Hilfsmittel nach der Abgabe oft nicht mehr gebraucht werden. Deshalb ist eine Begründung bezüglich des Nichtgebrauchs relevant für die Ergotherapie.
LITERATURE	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Genaue Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden.</p>

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Fundierte Hintergrundliteratur wird einbezogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die älter werdende Gesellschaft führt zu einem vermehrten Hilfsmittelgebrauch und es wird ein höherer Anspruch bezüglich der Hilfestellung erwartet. ▪ Die Rolle der Ergotherapie bei der Hilfsmittelversorgung wird beschrieben. ▪ Definition eines Hilfsmittels wird aufgeführt ▪ Trotz der Schlüsselrolle der Hilfsmittel zur erfolgreichen Rückkehr nach Hause, wird in der Literatur ein hoher Nichtgebrauch der Hilfsmittel aufgeführt. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Interaktion zwischen dem Klient, den Hilfsmitteln, der Aktivität und dem Kontext zu verstehen. ▪ Gemäss der Literatur ist der Gebrauchslevel unterschiedlich. ▪ Studien haben folgende Faktoren identifiziert, die wahrscheinlich mit dem Hilfsmittelgebrauch verbunden sind: klientenbezogene Faktoren (demografische Daten, Diagnose, funktioneller Status, Empfinden bezüglich Krankheit/Behinderung und dem empfohlenen Hilfsmittel), behandlungsbezogene Faktoren (Eigenschaften des Hilfsmittels, Erscheinung, Erleichterung des Hilfsmittels und ob das Hilfsmittel den Klienten im Ausführen der gewünschten Aktivitäten hindert oder fördert), hilfsmittelbezogene Faktoren (benütztes Modell, Assessments und Trainingseinheiten). Alle diese Faktoren sollen von Ergotherapeuten beachtet werden, um eine effektive Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Faktoren werden ausführlich beschrieben. ▪ Gründe für den Gebrauch sowie Dienstleistungsmethoden werden hervorgehoben. ▪ Mit dem Wechsel zu einem sozialen Modell der Rehabilitation (Paradig-mawechsel) und dem weitverbreiteten Gebrauch des ICF's soll die soziale Umwelt des Klienten und nicht nur die Diagnose beachtet werden. Der Fokus liegt auf dem Klienten und seiner Umwelt und nicht nur auf der verbesserten funktionalen Selbständigkeit. ▪ Es ist unklar, welche Modelle bei der Hilfsmittelversorgung gebraucht werden und es gibt nur wenige Informationen bezüglich des Prozesses, den Ergotherapeuten bei der Hilfsmittelversorgung gebrauchen. <p>→ Die Wissenslücke rechtfertigt die Notwendigkeit der Studie.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> before and after</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Die Studie weist das "Vorher-Nachher-Design" auf (prospective correlational study with indepth interviews) und beinhaltet Interviews während des Spitalaufenthaltes und telefonisch 4-6 Wochen nach der Entlassung. Das Design ent-</p>

<input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>spricht der Studienfrage, da es darum ging die Wirksamkeit des Hilfsmittelgebrauchs zu erfassen. Eine Kontrollgruppe fehlt jedoch. Aus diesem Grund ist nicht klar, ob die Ergebnisse von anderen Personenfaktoren beeinflusst wurden. Das Design ist passend bezüglich der Ergebnisse, da mittels dem „Vorher-Nachher-Design“ verschiedene Faktoren, die den Hilfsmittelgebrauch beeinflussen erforscht werden konnten.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Systematische Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillige/Überweisung: Die Klienten wurden durch die behandelnde Ergotherapeutin, welche bei der Hilfsmittelberatung involviert war, für die Studie empfohlen. Dies kann die Ergebnisse zu Gunsten der Studie beeinflusst haben. ▪ Aufmerksamkeit: Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer den Zweck der Studie kannten. Es kann sein, dass die Teilnehmer dadurch beeinflusst wurden und deshalb ihre Antworten danach ausrichteten. Dies kann sich je nach dem positiv oder negativ auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. ▪ Die Resultate könnten durch die Tatsache, dass eine grosse Anzahl Teilnehmer ohne chronische Einschränkung ausgesucht wurde, beeinflusst worden sein. Dies führt dazu, dass diese sich weniger Sorgen bezüglich ihrer Diagnose machten. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnerung: Um alle Aspekte der Fragestellung einzubeziehen wurden verschiedene Assessments verwendet. Beim Erinnern an die bisherige Hilfsmittelversorgung und den bisherigen Hilfsmittelgebrauch kann ein Fehler unterlaufen sein, da die Follow-up Messungen 4-6 Wochen nach der Hilfsmittelberatung durchgeführt wurde. Die Befragten müssen sich an die letzten 4-6 Wochen erinnern können. Wenn dies nicht der Fall ist, sind die Ergebnisse durch falsche Angaben beeinflusst worden. <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung:</p> <p>Folgende Punkte können die Intervention positiv oder negativ beeinflusst haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Durchführung der Hilfsmittelberatung wurde von verschiedenen Therapeuten durchgeführt. ▪ Ort der Massnahme: Es wird nicht beschreiben, wo das erste Interview stattfand. Da das zweite Interview zu Hause durchgeführt wurde und nicht mehr im Kliniksetting, kann sich dies auf ihre Zufriedenheit ausgewirkt und somit auch die Ergebnisse beeinflusst haben. ▪ Eine Ko-Intervention könnte sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben.
--	--

	<p>Die Teilnehmer könnten von jemandem zusätzliche Hilfsmittel erhalten haben. Es kann sein, dass es somit zu Verwechslungen bezüglich der Gebrauchsrate oder der erhaltenen Instruktionen eines Hilfsmittels gekommen ist.</p>	
<p>SAMPLE</p> <p>N = 204</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Mögliche Teilnehmer wurden von Ergotherapeuten, die mit Hilfsmittelversorgung zu tun hatten, an die Studie verwiesen. Durch das Ausfüllen der schriftlichen Einverständniserklärung waren die Teilnehmer zur Studie zugelassen. Die Teilnehmer waren zu diesem Zeitpunkt stationäre Patienten nahmen freiwillig an der Studie teil. Die Klienten mussten entweder auf der orthopädischen oder auf der Rehabilitationsabteilung von zwei grossstädtischen Spitälern zugelassen worden sein. Der Zeitraum der Studie betrug 9 Monate. Die Einschlusskriterien werden klar beschrieben. Die Teilnehmer mussten eine ergotherapeutische Hilfsmittelberatung bezüglich Geländer, Aktivitäten im Bad, Toilettenbenutzung oder zum Thema Anziehen erhalten haben. Die Teilnehmer durften keine kognitiven, perzeptiven oder sprachlichen Einschränkungen haben, welche die Fähigkeit zur Zustimmung für die Teilnahme verminderte.</p> <p>→ Die demographischen Daten werden in einer Tabelle vollständig und ausführlich dargestellt. Die Grösse der Stichprobe wird mit der verfügbaren Population begründet.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Die ethische Bewilligung wurde von relevanten Universitäten und Spitalkomitees eingeholt. Namentlich wurde jedoch keine Universität oder Spitalkomitee aufgeführt. Die Teilnehmer mussten während dem Spitalaufenthalt eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnen.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Die Messungen wurden einmal während des Klinikaufenthaltes in Form eines persönlichen Interviews durchgeführt. Das Interview dauerte 40-60 Minuten. Das zweite Interview wurde 4-6 Wochen nach der Entlassung in Form eines Telefoninterviews durchgeführt.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: In der Ergotherapie müssen für eine effektive Hilfsmittelversorgung die genannten Faktoren beachtet werden, um ein Hilfsmittel empfehlen und trainieren zu können.</p>	<p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Studie wird aufgeführt und begründet, welche Instrumente als Grundlage für das erste Inter-

	<p>brauch beeinflussen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehung zwischen den Variablen 	<p>view verwendet wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demografische Daten ▪ Modified Barthel Index (MBI) ▪ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ▪ Motivation- Embarrassment Scale (MES) ▪ Erhebung der Eigenschaften der Hilfsmittel (Fragen an Teilnehmer) <p>Das Follow-up Interview wurde auf Grund einer Literaturrecherche und einer Diskussion mit Ergotherapeuten erarbeitet. Mittels einer 5-punkte-Skala ("Five-Point Likert Scale") schätzten die Teilnehmer den Gebrauch der Hilfsmittel ein. Zusätzlich wurden offene Fragen gestellt.</p>
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Zu bemerken ist, dass die zwei durchgeführten Interviews die Massnahmen darstellen.</p> <p>Zu Beginn wurde im Spital ein persönliches Interview von 40-60 Minuten durchgeführt. Es wird eine Auflistung von Themen, über welche Daten erhoben wurden, aufgeführt: Demografische Daten (Alter, Geschlecht, Lebensstil, Diagnose, sozial-wirtschaftlicher Statur, Ausbildungsstatus, Ethnizität) wurden zu Beginn erfragt. Weiter wurden Informationen bezüglich dem funktionellen und kognitiven Status, der Anwesenheit von Angst und/oder Depression, der Wahrnehmung ihrer Krankheit/Behinderung, dem Empfinden der Eigenschaften der Hilfsmittel, der voraussichtlichen Häufigkeit der Hilfsmittelverwendung nach der Entlassung, erfragt.</p> <p>4-6 Wochen nach Entlassung wurde per Telefon ein Follow-up-Interview durchgeführt. Die Teilnehmer wurden kontaktiert, um die Häufigkeit der Hilfsmittelverwendung seit der Entlassung festzustellen.</p> <p>→ Wer die Interviews durchführten, wird nicht beschrieben.</p> <p>Informationen über die Ausführlichkeit der Hilfsmittelberatung und wie das Training der Hilfsmittel konkret aussah, wird nicht beschrieben. Aus diesem Grund ist zu zweifeln, ob die Ergebnisse wirklich auf die Hilfsmittelberatung und das Training der Hilfsmittel zurückzuführen sind.</p> <p>Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention wurden keine Anga-</p>	

	<p>ben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Es ist keine ergotherapeutische Intervention im klassischen Sinne. Für die Ergotherapie ist das Wissen über Faktoren, die den Gebrauch eines Hilfsmittels beeinflussen relevant.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Gebrauchslevel der Hilfsmittel betrug beim Follow-up 66 %. Es wurden 22 von 27 Geländer, 30 von 43 Bade-Items, 35 von 59 Toilettensitze und 23 von 38 Anziehhilfen benutzt. ▪ Folgende statistisch signifikanten Variablen stehen in Bezug zum Gebrauch bzw. Nichtgebrauch von Hilfsmitteln: Alter, Abteilungstyp, Diagnose, Präsenz von Angst, die Absicht der Teilnehmer bezgl. Hilfsmittelgebrauch nach dem Klinikaufenthalt, negative Wahrnehmung bezüglich Krankheit und Behinderung, Wahrnehmung über Hilfsmittleigenschaften, empfundener Vorteil bezüglich dem Hilfsmittelgebrauch, Durchführung eines Hausbesuch, Angebot während der Auswahl der Hilfsmittel, die Fähigkeit sich an das Hilfsmitteltraining zu erinnern und die Präsenz von Angehörigen während des Trainings. ▪ Das beste Regressionsmodell ist statistisch signifikant und zeigt, dass es 6.8 Mal wahrscheinlicher ist, dass Klienten ein Hilfsmittel verwenden, wenn sie eine vorwiegend positive Einstellung gegenüber den Eigenschaften des Hilfsmittels haben. Zusätzlich ist es 4.3 Mal wahrscheinlicher, dass die Teilnehmer, die nicht ängstlich sind die Hilfsmittel eher benutzten als jene, die wenig bis grosse Angst haben. Teilnehmer die in der Lage sind, sich an das durchgeführte Hilfsmitteltraining zu erinnern, benutzen die Hilfsmittel 3.6 Mal eher, als die sich nicht mehr an das Training erinnern können. ▪ Das originale Regressionsmodell zeigt, dass die folgenden 4 Variablen stark mit dem Hilfsmittelgebrauch in Verbindung stehen: Absicht des Hilfsmittelgebrauchs nach der Entlassung, negative Wahrnehmung bezüglich Krankheit/Behinderung, empfundener Vorteil des Hilfsmittels, Auswahl während der Hilfsmittelversorgung. Diese Variablen wurden aber aus den weiteren Regressionsanalysen ausgeschlossen, um die Stabilität des Modells und der Resultate zu gewährleisten. <p>→ Die statistisch signifikanten Variablen, welche durch eine Qi-Square Analyse entstand, werden aufgelistet.</p>

	<p>Analysemethode: Daten der Befragung wurde in die „Statistical Package for Social Sciences (SPSS)“ eingegeben. Für die Beschreibung der demografischen Eigenschaften und Variablen wurden deskriptive Statistiken verwendet. Um die Beziehung zwischen den Variablen und dem Hilfsmittelgebrauchslevel zu testen, wurde die Chi-Quadrat Analyse (Fisher's Exact Test) angewendet. Diese Analyse eignet sich, um diese Beziehung zwischen den Variablen und dem Hilfsmittelgebrauchslevel zu analysieren.</p> <p>Die Verteilung der Variablen wurde geprüft und bei extremen Unterschieden wurden die Variablen umkodiert. Diese Analysemethode wurde detailliert beschrieben. Eine Regressionsanalyse wurde ausgeführt, um die Faktoren zu bestimmen, die den Gebrauch und Nichtgebrauch von den empfohlenen Hilfsmitteln voraussagten. Das Vorgehen mit diesem Modell wird detailliert beschrieben.</p> <p>→ Die Analysemethoden scheinen für diese Studie geeignet zu sein und werden von den Autoren erläutert.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Implikationen für die Praxis werden aufgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Hilfsmittelberatung sollte dem klientenzentrierten Ansatz unterlegen. Dieser Ansatz passt gut zum ergotherapeutischen Grundsatz. ▪ Der Nichtgebrauch kann dadurch verursacht werden, dass sich der Therapeut auf die Diagnose des Klienten fokussiert und dessen Werte und Bedürfnisse ausser Acht lässt. ▪ Das Matching Person and Technology Modell (MPT) wird empfohlen, da es die Sicht des Klienten, die Umwelt und die Hilfsmiteleigenschaften in den Prozess einschliesst. Mittels dieses Modells kann eine bessere Übereinstimmung von Person, Umwelt und Hilfsmittel erreicht werden. <p>→ Es ist unklar, ob sie das MPT-Modell in der Intervention der Studie auch anwandten. Um diese Aussage machen zu können, hätten sie in der Intervention genau beschreiben müssen inwiefern sie dieses Modell anwandten oder einbezogen.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Von ursprünglich 204 Teilnehmern wollten 24 Personen nicht teilnehmen. Weitere 6 Teilnehmer fühlten sich nicht gut genug um teilzunehmen. Für das Follow-up Interview schieden nochmals 7 Personen aus, da sie nicht kontaktiert werden konnten. Von 167 Personen wurden Daten erhoben. Dies entspricht 82 %.</p> <p>→ Es wird nicht beschrieben, inwiefern die ausgeschiedenen Personen bei der</p>

	Analyse der Ergebnisse berücksichtigt wurden.
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Genauere Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit den Ergebnissen dieser Studie wird die Wichtigkeit aufgezeigt, die Sicht des Klienten bezüglich seiner Behinderung oder Krankheit und die Eigenschaften der Hilfsmittel, bevor die Hilfsmittel abgegeben werden, zu beachten. ▪ Die Sicht der Klienten bezüglich ihrer Absicht die Hilfsmittel nach der Entlassung zu gebrauchen und die Einschätzung vom Nutzen der Hilfsmittel sollte bei der Hilfsmittelberatung miteinbezogen werden. ▪ Ergotherapeuten müssen den Angstlevel der Klienten beachten, weil dies Einfluss auf die Neigung bezüglich des Hilfsmittelgebrauchs und auf die Fähigkeit den Gebrauch der Hilfsmittel zu lernen, haben kann. Zudem kann Angst den Gebrauchslevel nach der Entlassung beeinflussen. ▪ Weiter ist wichtig, dass die Meinung der Klienten bei der Hilfsmittelversorgung einbezogen wird. Es sollte ein Hilfsmitteltraining angeboten werden, in welchem Angehörige einbezogen werden. Zudem soll das Training so gestaltet werden, dass sich der Klient nach der Entlassung an das Training erinnern kann. ▪ Der klientenzentrierte Ansatz ist eine wichtige Unterstützung bei der Hilfsmittelversorgung. ▪ In der Studie wurde herausgefunden, dass Teilnehmer, die fähig waren sich an das Hilfsmitteltraining zu erinnern, Hilfsmittel häufiger verwendeten, als diejenigen, die sich nicht mehr an das Training oder die Instruktionen besinnen konnten. ▪ Um die Lernweise zu optimieren, müssen sich Ergotherapeuten bewusst sein, dass der Informationsverarbeitungsprozess der Leute unterschiedlich sein kann. Die Lernstile sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Diese Aspekte müssen beim Hilfsmitteltraining beachtet werden. <p>Implikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Hilfsmittelberatung sollte dem klientenzentrierten Ansatz unterlegen. Dieser Ansatz passt gut zum ergotherapeutischen Grundsatz. ▪ Das Matching Person and Technology Modell (MPT) wird empfohlen, da es die Sicht des Klienten, die Umwelt und die Hilfsmittelleigenschaften in den Prozess einschließt. Mittels dieses Modells kann eine bessere Übereinstimmung von Person, Umwelt und Hilfsmittel erreicht werden. ▪ -> Es ist unklar, ob sie das MPT-Modell in der Intervention der Studie auch

	<p>angewandt haben. Um diese Aussage zu machen, hätten sie in der Intervention genau beschreiben müssen, inwiefern sie dieses Modell einbezogen haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Nichtgebrauch kann dadurch verursacht werden, dass sich der Therapeut auf die Diagnose des Klienten fokussiert und dessen Werte und Bedürfnisse ausser Acht lässt. <p>→ Die Implikationen für die Praxis werden aufgeführt.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Teilnehmer wurden möglicherweise von den Ergotherapeuten selektiv ausgesucht. Dies kann die Resultate beeinflusst haben. ▪ 82 % der ursprünglichen Teilnehmer nahmen bis zum Schluss der Studie teil. Jene mit schlechterer Gesundheit zum Zeitpunkt des Follow-ups wurden ausgeschlossen. Deshalb kann es sein, dass der Level des Gebrauchs höher ist, als wenn die ausgeschlossenen Teilnehmer ebenfalls miteinbezogen worden wären. ▪ Das Training fand bei den verschiedenen Diagnosen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Dies kann die Resultate beeinflusst haben. Der Zeitpunkt des Trainings kann die Fähigkeit, sich an die Inhalte der Trainingseinheit zu erinnern beeinflusst haben. <p>Die Teilnehmer hatten teilweise Schwierigkeiten, sich an Ereignisse, welche 2 Monate zurückliegen, zu erinnern. Dies kann die Ergebnisse beeinflusst haben.</p>
--	--

CITATION	<p>Provide the full citation for this article in APA format:</p> <p>Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A.-M. (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. Patient information and education, 18, 2058-2065. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02763.x</p>
<p>Bei dieser Studie handelt es sich um eine „mixed method“ Studie, was eine Mischform aus quantitativem und qualitativem Design ist. Das aktuelle Formular wurde gewählt, da mehr Hinweise vorliegen, dass es sich um eine quantitative Studie handelt. Gründe, dass es sich um eine quantitative Studie handelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grosse Teilnehmerzahl (N=173) ▪ Von den Autoren als „descriptive study“, welche den Beobachtungsstudien (quantitativ) zugeordnet werden kann, beschrieben. ▪ Für die Datenanalyse werden „descriptive and non-parametric statistical methods“ verwendet. ▪ Signifikante Resultate werden aufgeführt. <p>Gründe, dass es sich um eine qualitative Studie handelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfahrungen werden erfragt -> phänomenologisches Design ▪ Im Text kommen Zitate von Klienten vor 	
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie Klienten mit rheumatoider Arthritis Patientenedukation, die sie von ihren Pflegefachpersonen während den Gesprächen im ambulanten Einzelsetting in Spitälern und Gesundheitszentren erhielten, beschreiben und auswerten.</p> <p>Die spezifischen Forschungsfragen lauten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie beschreiben Klienten mit rheumatoider Arthritis den Inhalt der Patientenedukation, welche sie von ihren Pflegefachpersonen erhielten? ▪ Wie evaluieren Klienten mit rheumatoider Arthritis die Patientenedukation, welche sie von Pflegefachperson erhielten? <p>→ Der Zweck wird klar dargelegt. Die präzisen Forschungsfragen werden aufgeführt.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In dieser Studie wird die Ergotherapie nicht im Spezifischen erwähnt. Die in der Studie erwähnten Aspekte lassen sich jedoch auf die Ergotherapie übertragen. ▪ Patientenedukation im Bereich der Rheumatologie ist für alle Therapeuten wichtig, die mit Klienten mit rheumatischen Erkrankungen zu tun haben, somit auch für die Ergotherapie.
LITERATURE	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Genaue Referenzierung der Hintergrundliteratur ist im Originaltext zu finden.</p>

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Fundierter Einbezug von Hintergrundliteratur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition von Patientenedukation. Der Inhalt der Patientenedukation sollte ausgeglichen sein, zwischen dem was der Anbieter denkt sei wichtig für den Klienten und was der Klient als notwendig zu wissen einstuft. ▪ Typischerweise wird Patientenedukation in einem strukturierten, Ausbildungsprogramm (Einzel oder in Gruppen) ausgeführt. Sie kann durch eine "Helpline" oder schriftliches Material erfolgen. ▪ Die Patientenedukation im Einzelsetting ist die am häufigsten angewendete Methode. Gründe dafür werden aufgezeigt. ▪ Vorangegangene Studien zeigten, dass der Bedarf an Informationen von Klienten mit Arthritis gross ist. Die Inhalte der möglichen Informationen werden aufgeführt. ▪ Einer der Schlüsselaufgaben der Pflegefachperson in der Rheumatologie beinhaltet die emotionale Unterstützung und das Helfen mit der Krankheit umzugehen. ▪ Pflegefachpersonen spielen eine wichtige Rolle im Bereich der Patientenedukation und im Unterstützen der Klienten zu Hause. Eine ermutigende Atmosphäre und eine gute Klienten-Therapeuten-Beziehung erhöhen die Zufriedenheit der Klienten. ▪ Wissenslücke: Es besteht ein Mangel an Studien, welche Klienten mit rheumatischer Erkrankung Patientenedukation beschreiben und evaluieren. <p>→ Es wird relevante Hintergrundliteratur einbezogen. Die einbezogene Literatur ist relativ aktuell (ab 2000). Es wurde erläutert, was in der bisherigen Literatur auftaucht, was bei der Patientenedukation geschätzt wird und was noch beachtet werden sollte. Die Wissenslücke rechtfertigt die Notwendigkeit der Studie.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es handelt sich nach Angaben der Autoren um eine deskriptive Studie, was demnach ein Fallstudien-Design darstellt. Das Studiendesign scheint angebracht zu sein, da der primäre Zweck der Studie war, die Erfahrung von Patientenedukation zu beschreiben. Die Studie entspricht dem gewählten Design, da wenig Wissen über das Thema vorhanden war.</p> <p>Da es sich bei dieser Studie um eine "mixed method" Studie handelt, könnte das qualitative Design der Phänomenologie zugeordnet werden. Es geht darum, die Erfahrungen von Klienten, welche Patientenedukation erhielten, zu untersuchen.</p>

	<p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Systematische Fehler bei Stichprobe/Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freiwillig/Überweisung: Die Personen nahmen freiwillig teil, auch wenn sie von ihren Pflegefachpersonen überwiesen wurden. Dieser systematische Fehler hat eventuell die Ergebnisse der Studie begünstigt, da die Teilnehmer tendenziell motivierter und mehr um ihre Gesundheit besorgt waren, als solche die nicht freiwillig bei einer Studie teilnehmen. ▪ Jahreszeit: Es ist nicht klar über welchen Zeitraum die Teilnehmer ausgewählt und die Befragungen durchgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Personenauswahl kann die Ergebnisse positiv/negativ beeinflusst haben, da sich die Jahreszeit auf die Gesundheit der Teilnehmer auswirken kann. ▪ Aufmerksamkeit: Es ist anzunehmen, dass die Teilnehmer den Zweck der Studie kannten. Es kann sein, dass die Teilnehmer beeinflusst wurden, da sie den Zweck der Studie kannten und deshalb vielleicht ihre Antworten danach ausrichteten. Dies kann sich je nach dem positiv oder negativ auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. <p>Systematische Fehler beim Messen/Ermitteln:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erinnern: Es kann sein, dass sich die Teilnehmer nicht mehr an den genauen Inhalt der Patientenedukation erinnern konnten, was die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflusst haben kann. <p>Systematische Fehler bei Massnahmen/Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zeitliche Aspekte der Massnahmen: Es ist nicht klar wie viel Zeit die Teilnehmer benötigten, um die Befragung auszufüllen. Je nachdem können die Ergebnisse beeinflusst worden sein. Je mehr Zeit z.B. ein Teilnehmer benötigte, um die offenen Fragen zu beantworten, desto müder wurde der Teilnehmer und desto unpräziser wurden die Fragen beantwortet. ▪ Ort der Massnahme: Es wird nicht beschreiben, wo die Befragung durchgeführt wurde. Wenn die Teilnehmer die Befragung z.B. zu Hause ausfüllen konnten, kann sich dies auf ihre Zufriedenheit ausgewirkt und somit die Ergebnisse beeinflusst haben. <p>Eine Ko-Intervention könnte sich positiv oder negativ auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. Die Teilnehmer könnten von jemandem, wie z.B. einem Psychologen, zusätzliche Unterstützung erhalten haben, was sich auf die Zufriedenheit auswirken könnte. Die Teilnehmer können dann z.B. nicht mehr zwischen der Behandlung des Psychologen und der Pflegefachperson unterscheiden.</p>
SAMPLE	Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:

<p>N = 173</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Es wurden Daten von 173 Klienten mit rheumatoider Arthritis erhoben. Die Klienten waren zwischen 27 und 81 Jahren alt. Sie waren bereits zwischen einem und 46 Jahren an rheumatoider Arthritis erkrankt. Davon litt ein Drittel der Teilnehmer 1 bis 5 Jahre, ein Drittel zwischen 6 und 15 Jahren und ein Drittel über 15 Jahre an rheumatoider Arthritis. Die meisten der Klienten (80 %) waren Frauen.</p> <p>→ Die wichtigsten Angaben werden beschrieben (Alter, Geschlecht, Dauer der Krankheit). Trotzdem fehlt eine Übersicht (z.B. Tabelle) bezüglich der Charakterien, funktionellem Status, Anzahl Männer und Frauen usw. Es kann von den Studienteilnehmern nur ein vages Bild erstellt werden. Es werden keine konkreten Ein- und Ausschlusskriterien erläutert. Die Teilnehmer wurden von 11 Spitälern und 23 Gesundheitszentren rekrutiert und durch ihre Pflegefachpersonen empfohlen.</p> <p>→ Die Grösse der Stichprobe kann mit der verfügbaren Population begründet werden.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Die Teilnehmer erhielten von den Pflegefachpersonen eine Einverständniserklärung, welche sie freiwillig vor der Datenerhebung ausfüllen und unterschreiben konnten. In der Einverständniserklärung wurde betont, dass die Teilnahme freiwillig sei und dass jeder der Teilnehmer aus der Studie aussteigen könne, ohne dies zu begründen. Die Einverständniserklärung beinhaltete Informationen über die Studie und die Datenerhebung. Die Namen und Adressen der befragten Personen waren nur den Forschern bekannt und wurden nach Abschluss der Studien vernichtet. Die Erlaubnis für die Studie wurde im Juni 2003 bis Februar 2004 von den betreffenden Organisationen und dem Ethikkomitee der Spitaldistrikte eingeholt.</p> <p>→ Das ethische Prozedere wird sehr ausführlich beschrieben.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Die Messungen wurden einmal in Form einer (schriftlichen) Befragung durchgeführt.</p> <p>Relevanz für die Ergotherapie: Die Studie bezieht sich indirekt auf das ergotherapeutische therapeutische Verhalten und auf die ergotherapeutische Komponente des Umfelds.</p>	
	<p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhalt der Patientenedukation ▪ Erfahrungen und Zufriedenheit mit der erhaltenen Patientenedukation 	<p>List measures used:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Befragung (offene Fragen) <p>Es wird erwähnt, dass offene Fragen und Fragebögen, die Teil einer grösseren Studie, welche im August 2004</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Not addressed		bis März 2005 stattfand, gebraucht wurden.
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Contamination was avoided?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A <p>Cointervention was avoided?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Die Klienten mit Arthritis trafen ihre Pflegefachpersonen (N=40) während den Konsultationen in den ambulanten Departementen in 11 Spitälern und 23 Gesundheitszentren. Diese Studie bezieht sich auf zwei offene Fragen, welche den Inhalt der Patientenedukation und die Evaluation der Klienten bezüglich der Patientenedukation betrafen. Die Fragen lauteten: Wurden Sie von einer Rheumapflegefachperson bezüglich der Arthritis oder ihrer Behandlung aufgeklärt? Wenn ja, was für eine Art Schulung bzw. Aufklärung haben Sie erhalten? Wie war die Patientenedukation, bitte beschreiben Sie? Die demografischen Informationen beinhalteten Alter, Geschlecht und Dauer der Krankheit.</p> <p>→ In diesem Fall sind die Befragungen die Massnahmen. Die Intervention könnte detaillierter beschrieben werden. Es wird auf den ersten Blick nicht klar ersichtlich, ob es sich um eine schriftliche Befragung oder um ein mündliches Interview handelte.</p> <p>→ Klare Angaben, wer die Befragung durchführte.</p> <p>→ Befragung wurde nur einmalig durchgeführt. Setting wird nicht beschrieben. Es ist unklar in welchem Zeitraum die Befragungen durchgeführt wurden.</p> <p>→ Da die Fragen genau aufgeführt werden, könnte dieselbe Befragung in der Praxis wiederholt werden.</p> <p>→ Bezüglich der Kontaminierung oder der Ko-Intervention werden keine Angaben gemacht. Die Gefahr der Kontaminierung entfällt, da es nur eine Gruppe gab.</p>	
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Inhalt der Patientenedukation: Etwas mehr als die Hälfte (57 %) der Klienten mit rheumatoider Arthritis beschrieben den Inhalt der Patientenedukation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fakten über die medizinische Behandlung war der häufigste Inhalt der Patientenedukation. Jeder vierte Teilnehmer (26 %) erwähnte, dass die Pflegefachpersonen die Klienten lehrten wie die verschriebene Medikation einzunehmen ist. 10 % erwähnten, dass ihnen gesagt wurde was für Blutuntersuchungen gemacht werden müssen. ▪ 3 % der Klienten erwähnten, dass die Pflegefachpersonen sie gelehrt haben, wie eine Injektion gemacht wird. Pflegefachpersonen gaben Beratungen bezüglich der Übungsprogramme (17 %) und erklärten wie die Klienten 	

<input type="checkbox"/> Not addressed	<p>ten ihre Gelenke schützen und ihre Kräfte einteilen (9 %) können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 % der Klienten erhielten Informationen über rheumatoide Arthritis. Zusätzlich erhielten 5 % der Klienten Informationen über nicht medizinische Schmerzbehandlungen, wie z.B. Kälteanwendungen zur Linderung der Schmerzen. 6 % der Klienten erhielten Informationen über angemessene Ernährung. Pflegefachpersonen informierten darüber, wie Rehabilitationseinrichtungen zu finden (3 %) sind. ▪ 2 % der Klienten erhielten Informationen, wie sie sich auf Operationen und Nachkontrollen vorbereiten sollten. 3 % erwähnten, dass sie schriftliches Material erhielten, wie z.B. Merkblätter bezüglich Medikation und angemessener Ernährung. 15 % der Klienten erwähnten die emotionale Unterstützung durch die Pflegefachpersonen. Sie haben ihnen zugehört und sich mit ihnen unterhalten. <p>Evaluation der Patientenedukation: Insgesamt evaluierten 81 % der Klienten die Patientenedukation, welche sie von ihren Pflegefachpersonen erhielten. Sie beschrieben Aspekte, die ihre Zufriedenheit bezüglich der Patientenedukation erhöhte bzw. welche sie senkten. Es gab 3 Gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klienten, welche die Informationsmenge als angemessen empfanden und zufrieden waren mit der Patientenedukation (51 %) ▪ Klienten, die zufrieden waren, obwohl sie nicht genügend Informationen erhielten (6 %) ▪ Klienten, die nicht zufrieden waren mit der Patientenedukation (24 %) <p>Zufriedene Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 % der Klienten waren zufrieden, dass sie Informationen über rheumatoide Arthritis und deren verschiedenen Behandlungsmethoden erhielten, ohne explizit danach gefragt zu haben. Die Klienten durften jederzeit Fragen stellen, wenn sie mehr Informationen benötigten. Pflegefachpersonen erklärten klar und verständlich. ▪ 8 % der Klienten waren zufrieden mit dem Gefühl, dass sie ihren Pflegefachpersonen vertrauen konnten und dass sie sich um diverse Angelegenheiten kümmerten und diese organisierten. Z.B. konnten sie die Pflegefachpersonen bitten, den Arzt bezüglich eines Medikamentes zu fragen und ihnen dann telefonisch Bescheid zu geben. Die Klienten schätzten es immer die gleiche Pflegefachperson bei den Konsultationen zu haben, was das Vertrauen erhöhte. ▪ Die Klienten schätzten es, dass die Pflegefachpersonen genügend Zeit für sie hätten, in einer nicht gestressten Art und Weise. Die Klienten spürten, dass ihre Fragen aufgenommen wurden und sie über alles sprechen konnten, was sie belastete. Zum Beispiel konnten sie die Pflegefachpersonen jederzeit anrufen, wenn sie Ratschläge bezüglich ihrer Einschränkungen
--	--

	<p>in den alltäglichen Aktivitäten benötigten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zudem waren die Pflegefachpersonen sehr freundlich und pragmatisch. Die Klienten spürten das Interesse der Pflegefachpersonen bezüglich ihres Gesundheitsstatus. ▪ Das Alter der Klienten beeinflusste die Zufriedenheit. Ältere Klienten waren zufriedener als jüngere Klienten. <p>Zufriedene Klienten, die nicht mehr Informationen benötigten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Gruppe besteht aus Klienten, die zufrieden waren, obwohl diese keine Informationen erhielten. Die Klienten hatten kein Bedürfnis nach mehr Informationen, weil sie die Krankheit schon während einer sehr langen Zeit hatten. <p>Unzufriedene Klienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unzufriedene Klienten erlebten, dass Informationen von Pflegefachpersonen nicht auf die Bedürfnisse der Klienten angepasst wurden. 5 % sind der Meinung, dass sie keine Informationen erhalten hätten, wenn sie nicht danach gefragt hätten. Zusätzlich waren 5 % der Meinung, dass sie Informationen und Merkblätter nur zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bekamen, später nicht mehr. ▪ 1 % war der Meinung, nicht genügend Informationen erhalten zu haben. Mangelhafte Informationen führten dazu, dass Klienten bezüglich ihrer zukünftigen Behandlung verwirrt waren. ▪ 7 % der Klienten waren der Meinung, dass sie in einer fachmännischen Routine über Medikation informiert, Injektionen mit Gold verabreicht und Blutteste vorgeschrieben wurden. Diese Klienten fühlten sich alleine gelassen mit ihrer Krankheit, weil sich die Pflegefachpersonen nicht auf ihr emotionales Wohlbefinden konzentrierten und keine Zeit hatten sich mit ihnen über ihre Gefühle zu unterhalten. ▪ Klienten, die erst kürzlich an rheumatoider Arthritis erkrankten, waren unzufriedener als jene, die schon länger erkrankt waren (mehr als 6 Jahre). Das Geschlecht der Klienten beeinflusste die Zufriedenheit mit der Patientenedukation nicht. <p>→ Es werden nur Resultate aufgeführt, die statistisch signifikant sind ($p < 0.05$). Konkrete Angaben der Signifikanz werden nicht explizit aufgeführt. Ansonsten werden nur Prozentzahlen mit den Ergebnissen aufgeführt. Die Resultate enthalten gemäss dem Titel ("experiences") auch qualitative Ergebnisse (Erfahrungen mit Patientenedukation). Die Ergebnisse werden mit Zitaten unterlegt.</p> <p>Analysemethode: Die Daten wurden mittels deskriptiven und nicht-parametrischen statistischen Methoden analysiert. Die Antworten wurden transkribiert (14 Seiten). Sie enthielten 3 bis 300 Wörter, je nach dem ob der</p>
--	--

	<p>Teilnehmer den Inhalt der Patientenedukation nur kurz beschrieb oder sie zusätzlich evaluierte. Der Inhalt der Patientenedukation und die Evaluation wurden jeweils in 4 Variablen eingeteilt. Eine Chi-Quadrat- Analyse wurde durchgeführt, um die Unterschiede in Unzufriedenheit mit der Patientenedukation zwischen solchen Klienten, die erst kürzlich erkrankten und solchen die schon länger an rheumatoider Arthritis litten, zu analysieren. Die Altersangaben wurde aufgeteilt (kleiner gleich 57 Jahre und älter als 57 Jahre) und die Krankheitsdauer in 3 Klassen kategorisiert.</p> <p>Die Resultate wurden als Häufigkeiten, Prozentsätze und Bereiche (Daten der Nominalskala), Durchschnitte, Standardabweichungen für Daten der Intervall- oder Ratioskala und Mediane und IQR (Interquartile ranges) für Daten der Ordinalskala, aufgeführt.</p> <p>→ Die Analysemethoden werden beschreiben und scheinen für ihren Zweck angemessen zu sein.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die bei den Resultaten aufgelisteten Ergebnisse, sollten für eine erfolgreiche Patientenedukation beachtet werden. Die Autoren erwähnen die Relevanz der erhaltenen Daten bezüglich des Aufbaus der Patientenedukation.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Es werden keine Drop outs angegeben.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Schlussfolgerung: Es ist wichtig, dass der Fokus bei Rheumaklienten auf dem emotionalen Wohlbefinden liegt, neben dem Anbieten von Informationen die die medizinische Behandlung betreffen. Besonders bei solchen Klienten die ihre Diagnose erst kürzlich erhielten, ist es besonders wichtig auf das emotionale Wohlbefinden zu achten. Pflegefachpersonen müssen sich bewusst sein, dass Rheumaklienten verstehen, ob die Pflegefachperson emotional präsent ist, was das weitere Vertrauen, das Bedürfnis nach Unterstützung und die Klienten-Therapeuten-Beziehung beeinflusst. Pflegefachpersonen in der Rheumatologie sollten ihre Rolle im Unterstützen der Klienten im Umgang mit der Krankheit, im Entwickeln der Patientenedukation in Richtung eines ganzheitlichen Ansatzes und im Verbessern der Qualität der Patientenedukation sehen.</p> <p>→ Mittels der Schlussfolgerung werden wichtige Aspekte genannt, die relevant sind in der Praxis umzusetzen (klinische Implikation)</p> <p>Limitationen: Als Limitation wird die Anzahl der offenen Fragen genannt. Die</p>

	<p>Antwort zu den zwei Fragen zeige nicht alle Dimensionen der Erfahrungen der Teilnehmer mit Patientenedukation auf. Zusätzlich forderten die offenen Fragen die Fähigkeit der Teilnehmer, Antworten auf das Blatt schreiben zu können. Aus diesem Grund könnte es sein, dass Teilnehmer mit Schmerzen in den Händen Schwierigkeiten hatten mit dem Stift zu schreiben und die zweite Frage somit nicht beantworteten. Bezüglich der Generalisierbarkeit der Studie wird erwähnt, dass die Autoren die Meinung der Teilnehmer, welche die Patientenedukation nicht evaluierten, nicht kennen. Aus diesem Grund werden weitere Studien benötigt. Für weitere Studien wird empfohlen, die Daten beispielsweise mittels Interviews zu sammeln. Die Resultate werden jedoch als wertvoll für die Entwicklung der Patientenedukation für Klienten mit rheumatoider Arthritis bewertet.</p>
--	--

Literaturverzeichnis des Anhangs

- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (2. Aufl.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“: improving the supply of assistive equipment – pre-validation of the U.S. “Assistive Technology Device Predisposition Assessment” (ATD PA) [German]. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 49(8), 18-23.
- Ehlebracht-König, I. & Bönisch, A. (2002). Grundlagen der rheumatologischen Patientenschulung. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 61(1), 39-47.
- Feiler, M. (2007). Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln* (S.138, 139). Stuttgart: Thieme.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Gitlin, L. N., Levine, R. & Geiger, C. (1993). Adaptive Device Use by Older Adults With Mixed Disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(2), 149-52 (36 ref).
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie- Theorien & Modelle: Die Praxis begründen*. (B. Dehnhardt & J. Dehnhardt, Übersetzer). Stuttgart: Thieme (Originalarbeit veröffentlicht, 1996).
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(2), 35-38.
- Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. M. (2009). Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2058-2065. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02763.x
- Neville-Jan, A., Piersol, C. V., Kielhofner, G. & Davis, K. (1993). Adaptive equipment: A study of utilization after hospital discharge. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(4), 3-18.

- Schemm, R. L. & Gitlin, L. N. (1998). How Occupational Therapists Teach Older Patients To Use Bathing and Dressing Devices in Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 276-282.
- Schmid, S., Keller, S., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H.-D. (1999). Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität- eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7(1), 21-26.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2001). Post Discharge Use of Bathing Equipment Prescribed by Occupational Therapists: What Lessons to Be Learned? *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(3), 49-65.
- Wielandt, T., McKenna, K., Tooth, L. & Strong, J. (2006). Factors that predict the post-discharge use of recommended assistive technology (AT). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(1-2), 29-40.