

PRAXISHANDBUCH COPM

DARSTELLUNG DES COPM
UND ENTWICKLUNG EINES
PRAXISLEITFADENS ZUR
DURCHFÜHRUNG DES INTERVIEWS
IN DER NEUROLOGISCHEN KLINIK

Sabine George

Sabine George

Praxishandbuch COPM

Darstellung des COPM und Entwicklung
eines Praxisleitfadens zur Durchführung des Interviews
in der neurologischen Klinik

Neue Reihe Ergotherapie

Herausgeber:

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Reihe 10: Fachbereich Neurologie

Band 8



Sabine George

Ergotherapeutin und Bobath-Therapeutin, arbeitet seit 1998 am Neurologischen Krankenhaus München. Fernstudium der Sozialen Verhaltenswissenschaften und Erziehungswissenschaft. Mitarbeit in verschiedenen ergotherapeutischen und interdisziplinären Arbeitsgruppen. Interessenschwerpunkte: klientenzentrierte Therapieansätze, Assessment-Verfahren, Therapiemethoden und Qualitätsmanagement in der neurologischen Rehabilitation, wissenschaftliches Arbeiten in der Ergotherapie.

Sabine George

Praxishandbuch COPM

**Darstellung des COPM
und Entwicklung eines Praxisleitfadens
zur Durchführung des Interviews
in der neurologischen Klinik**

Diese Arbeit wurde mit dem
Ergotherapie-Preis 2002 ausgezeichnet.



Idstein 2002

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.forum-ergotherapie.de
--

1. Auflage 2002

ISBN E-Book 978-3-8248-0919-6

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2002

Umschlagentwurf: Wipper & Partner GmbH, Karlsruhe

Lektorat: Beate Kubny-Lüke

Druck und Bindung: Rosch Buch, Scheßlitz

Printed in Germany

Inhalt

Vorwort	9
Danksagung	11
Vorbemerkungen	13
1 Einleitung	17
2 Grundlagen	21
2.1 Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) und das Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	21
2.2 Der Occupational Performance Process (OPP)	28
2.3 Beschreibung des institutionellen Setting und des Klientels	31
3 Das COPM in der neurologischen Rehabilitation	33
3.1 Anwendungsmöglichkeiten des COPM	33
3.1.1 Überblick über verschiedene Anwendungsmöglichkeiten	33
3.1.2 Das COPM als Messinstrument	36
3.2 Mögliche Auswirkungen der Arbeit mit dem COPM	42
3.2.1 Mögliche Veränderungen bei Klienten	42
3.2.2 Mögliche Veränderungen für die Inhalte, Art und die Ergebnisse von Ergotherapie	43
3.2.3 Mögliche Veränderungen in Bezug auf das Verständnis von Ergotherapie	45
3.3 Zusammenfassung und Diskussion	48
4 Mögliche Schwierigkeiten mit dem COPM	51
4.1 Häufige Schwierigkeiten von Patienten	51
4.1.1 Faktoren von Seiten des Patienten, die seine Mitarbeit erschweren	51
4.1.2 Anforderungen des Interviews	53
4.2 Schwierigkeiten mit dem OPP	55
4.3 Fragen in Bezug auf die Durchführung des Interviews	61

4.3.1	Ablauf des Interviews	61
4.3.2	Formulierung der (wichtigsten) Betätigungs- Performanz-Belange	64
4.3.3	Abgrenzung von Performanz-Komponenten	66
4.3.4	Mögliche Auswirkungen von Unklarheiten in Bezug auf die Durchführung des Interviews	68
4.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	69
5	Mögliche Ursachen für die dargestellten Schwierigkeiten	73
5.1	Faktoren, die die Aussagen des Klienten beeinflussen könnten	73
5.1.1	Externe Faktoren	73
5.1.2	Effekte von Seiten des Klienten	74
5.1.3	Interviewer-Effekte	77
5.1.4	Überlegungen zur Integration der gefundenen Aspekte in einen Praxisleitfaden	81
5.1.5	Diskussion	84
5.2	Mögliche Intentionen zum Einsatz des COPM	86
5.2.1	Inkongruenzen zwischen den von Klienten gewünschten Anliegen und dem Leistungsangebot des institutionellen Setting	86
5.2.2	Sammeln aller Betätigungs-Performanz-Belange und Messung von Veränderungen der Betätigungs- Performanz versus Zielfindung und Outcome- Messung	89
5.2.3	Diskussion und Schlussfolgerungen für die Entwicklung eines Praxisleitfadens	92
6	Einsatz des COPM zur Zielfindung und Outcome-Messung für die Ergotherapie	95
6.1	Beschreibung dieser Intention	95
6.2	Mögliche Veränderung von Rahmenbedingungen	96
6.2.1	Vorschlag zur Terminologie	96
6.2.2	Modifizierter COPM-Bogen und einheitliche Skala	97
6.2.3	Der ergotherapeutische Prozess	100
6.3	Überlegungen zur Formulierung von Performanz- Belangen und COPM-Zielen sowie der Abgrenzung von Performanz-Komponenten	104
6.3.1	Faktoren, die die Art und Formulierung von Performanz-Belangen und COPM-Zielen beeinflussen könnten	104

6.3.2	Überlegungen zur Abgrenzung von Performanz-Komponenten	109
6.4	Zusammenfassung und Überlegungen zur Integration dieser Aspekte in einen Praxisleitfaden	111
7	Gegenüberstellung der Intentionen „Sammeln aller Betätigungs-Performanz-Belange und Messung von Veränderungen der Betätigungs-Performanz“ und „Zielfindung und Outcome-Messung“	115
7.1	Beispiel für die Ergebnisse der ersten Erhebung des Interviews bei unterschiedlichen Intentionen zum Einsatz des COPM	115
7.2	Diskussion	118
8	Praxisleitfaden des NKM	121
8.1	Zielsetzung des COPM	121
8.2	Rahmenbedingungen zur Durchführung des Interviews	121
8.2.1	Wahl des Zeitpunkts	121
8.2.2	Gestaltung des Setting	123
8.2.3	Weitere Rahmenbedingungen	125
8.3	Ablauf des Interviews	126
8.4	Algorithmus zur Formulierung der Performanz-Belange und COPM-Ziele	132
8.5	Die häufigsten Fragen auf einen Blick	149
8.5.1	Durchführbarkeit des COPM	149
8.5.2	Rahmenbedingungen zur Durchführung des Interviews	150
8.5.3	Ablauf des Interviews	151
9	Diskussion	157
10	Zusammenfassung	161
	Literatur	163
	Anhang	173
	Verzeichnis der Abkürzungen	173
	Verzeichnis der Abbildungen	175
	Glossar	177

Vorwort

Das Kanadische Modell der Occupational Performance (CMOP) wurde in den 80er und 90er Jahren entwickelt und hat seitdem einen Siegeszug in die Ergotherapie vieler Länder angetreten. In mehreren Sprachen existiert zumindest das zugehörige Assessment, das Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

In Deutschland wurde es erstmals 1998 einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt, als eine der Autorinnen, Helene Polatajko, je ein Seminar in Heidelberg und Berlin gab. Seitdem interessieren sich immer mehr Kollegen und Kolleginnen für dieses Modell und das Erfassungsinstrument COPM; es scheint, dass es für viele genau das ist, wonach sie auf der Suche waren.

Sich auf das ureigenste Mittel der Ergotherapie zu besinnen, nämlich auf die Betätigungen, die für jeden Menschen individuell so ganz verschieden sind, ist ein probates Gegenmittel gegen die Gefahr, sich bestimmter „Rezepte“ zur Behandlung zu bedienen. Diese Rückbesinnung – oder auch neue Hinwendung – macht die Verdeutlichung der eigentlichen Domäne des Berufes einfacher. Die beiden Schwerpunkte des Modells auf der individuellen Betätigung und der Klientenzentrierung können in Deutschland zu einem Paradigmenwechsel in der Ergotherapie beitragen.

Die meisten Ergotherapeutinnen und -therapeuten sind der Meinung, dass sie bereits klientenzentriert arbeiten. Wenn man sich allerdings näher mit dieser Ausrichtung beschäftigt, so wird deutlich, dass Klientenzentrierung nach dem Verständnis der kanadischen Entwickler des Modells erheblich umfassender und weiter gehend zu verstehen ist. Dass ein Klient selbst seine Ziele bestimmt, dass er selbst den Weg der Therapie festlegt und entscheidet, zu welchem Zeitpunkt die Therapie beendet werden soll – das lässt sich für eine Reihe von Therapeuten nicht mit ihrem Berufsbild vereinbaren und überschreitet die Menge an Verantwortung, die sie auf den Klienten zu übertragen sich in der Lage sehen.

Auch passt eine solche Vorgehensweise schlecht in das deutsche, hierarchisch ausgerichtete Gesundheitssystem, in dem der Patient eher eine An- bzw. Verordnung erwartet, als dass er gefragt wird, was er denn erreichen möchte. Hier einen neuen Weg mit dem Klienten einzuschlagen, in dem dieser selbst über die Ziele entscheidet, den Pfad der Therapie weist, und wo auch ein Irrtum zum Lernweg wird, erfordert viel Vertrauen des Therapeuten sowohl in die Fähigkeiten des

Klienten als auch in die eigene Vorgehensweise. Dieser Weg wird aber erleichtert durch die hohe Motivation, derer man sich auf Seiten des Klienten sicher sein kann. Es findet so eine Verschiebung der Therapeutenrolle vom Behandler zum Begleiter und Berater statt.

Hier liegt nun das große Verdienst von Sabine George, das mit der vorliegenden Arbeit deutlich wird. Sie hat nach dem ersten Kontakt mit dem CMOP und dem COPM die Initiative ergriffen und beides in die Tat umgesetzt. Anhand der über zweieinhalb Jahre gesammelten Erfahrungen mit mehreren hundert Klienten wurde die Notwendigkeit einer intensiven Auseinandersetzung mit der Vorgehensweise beim Interview erkannt.

Ihrer Überzeugung und Überzeugungskraft, einem engagierten und unterstützenden Chefarzt und einem offenen Team ist es zu verdanken, dass es zu der in diesem Buch beschriebenen Analyse und dem daraus entwickelten Leitfaden kam. Obwohl es in letzter Zeit eine Reihe von Veröffentlichungen zu Theorien oder Modellen gegeben hat, wird kaum über praxisbezogene Untersuchungen berichtet. Diese sind ungleich zeit- und arbeitsintensiver als eine theoretische Auseinandersetzung. Daher ist die Beschreibung der Anwendung eines Modells in einer neurologischen Akutklinik besonders interessant und gibt Einblick in viele Fragestellungen und mögliche Lösungsansätze. Die vorliegende Arbeit kann andere Therapeuten ermutigen, sich mit den in ihrem beruflichen Umfeld auftretenden Fragen ebenfalls intensiver zu befassen.

Wünschenswert für die Zukunft wäre, dass vermehrt explorative und empirische Forschungsarbeiten durchgeführt und der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Nur so kann eine gesicherte wissenschaftliche Basis für ergotherapeutisches Handeln entstehen.

Wir dürfen sicher gespannt sein auf weitere Veröffentlichungen der Autorin, vielleicht sogar auf eine Weiterentwicklung des hier beschriebenen Leitfadens. Zu wünschen wäre ihr ein intensiver Austausch mit ähnlich ausgerichteten Kolleginnen und Kollegen, der für die gesamte Ergotherapie in diesem Land von Nutzen wäre.

Barbara Dehnhardt
Angela Harth

Im Mai 2002

Danksagung

Ich danke dem Ergo-Team des NKM unter Leitung von Sonja Weidner für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit und die Unterstützung der Projektgruppe COPM.

Die Entwicklung und Weiterentwicklung des Praxisleitfadens des NKM resultiert aus einem fortlaufenden Prozess intensiver Auseinandersetzung mit dem COPM durch die Projektgruppe – Saskia Hochkirchen, Nicole Lojewski, Lilli Olek, Mascha Rehbein und Susanne Schmidt. Ohne die gute Zusammenarbeit und Beiträge jeder Einzelnen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Mein besonderer Dank gilt Susanne Schmidt, Gerlinde Böck und Nicole Lojewski für das Korrekturlesen einzelner Teile, Barbara Dehnhardt für ihre detaillierte Korrektur des gesamten Praxishandbuchs sowie Dr. Mario Prosiegel und Angela Harth für die Unterstützung der Projektgruppe und ihre umfassende fachliche Beratung bei der Entstehung der vorliegenden Arbeit.

Schließlich danke ich den Autoren des COPM, insbesondere Helene Polatajko, Sue Baptiste und Mary Law, für ihre Aufgeschlossenheit und die Bereitschaft, immer neue Fragen zu diesem Thema zu beantworten.

Vorbemerkungen

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Begrifflichkeiten sind nicht immer kongruent mit der Terminologie des COPM in seiner zweiten Auflage (CAOT, 1998a, b) und der dritten Auflage des Manual (CAOT, 1998c, d) in ihrer ersten deutschen Übersetzung von 1999¹ oder anderen deutschsprachigen Publikationen. Daher sind sie an dieser Stelle kurz den Begriffen des deutschsprachigen COPM und Handbuchs von 1999 sowie den Bezeichnungen im englischen Original gegenübergestellt. Bei der ersten Erwähnung im Text wird jeweils die englische Bezeichnung in Klammern angeführt, um Unklarheiten weitgehend zu vermeiden.

Für den Begriff „Occupational Performance Probleme“ wird generell die Bezeichnung „**Betätigungs-Performanz-Belange**“ bzw. „**Betätigungs-Performanz-Anliegen**“ verwendet, stellvertretend die englische Abkürzung „**OPI(s)**“.

Die neutrale Bezeichnung als „Belange“ bzw. „Anliegen“ resultiert aus der Überlegung, dass es sich um subjektiv wichtige Tätigkeiten handelt. Kein Therapeut könnte Belange und Anliegen eines anderen Menschen benennen. Probleme dagegen könnten sowohl aus Sicht des Therapeuten („objektiv“) als auch der des Klienten („subjektiv“) identifiziert werden. Die Bezeichnung „Anliegen“ erscheint positiver und rückt die Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit des Individuums in den Vordergrund. Auch von anderen Autoren wird aus verschiedenen Gründen der Begriff „Occupational Performance Issues (OPIs)“ vorgeschlagen (Stanton et al., 1997, S. 64) bzw. v.a. in der neueren Literatur ohne nähere Angaben verwendet (Fearing et al., 1998; Law & Mills, 1998; Fedden et al., 1999; Fearing & Clark, 2000).

Worte wie Betätigung, Aktivität, Aufgabe, Tätigkeit, Handlung usw. sind oft unterschiedlich definiert (Hagedorn, 1997; CAOT, 1997). Hier ist der Begriff „**Tätigkeit**“ für die Gesamtheit von Aktivitäten, Aufgaben und Betätigung oder stellvertretend für einen dieser Begriffe gebraucht. Die Bezeichnungen **Aktivität**, **Aufgabe** und **Betätigung** erfolgen an den Definitionen der CAOT orientiert.

1 Die hier verwendeten Bezeichnungen für die Bereiche und Teilbereiche der Betätigungs-Performanz im COPM-Bogen sind kongruent mit der von den Übersetzerinnen (B. Dehnhardt, A. Harth & A. Meyer) überarbeiteten deutschen Fassung von 2001 (CAOT, 1998b).

Die Begriffe „**Patient**“ und „**Klient**“ werden gleichbedeutend verwendet, wenn vom Patienten selbst gesprochen wird. Der Begriff „Klient“ kann jedoch anders als der Begriff „Patient“ auch für dessen Bezugspersonen oder seine Umwelt (Pollock & McColl, 1999) verwendet werden, sofern auch diese zum „Klienten“ der Ergotherapie werden (vgl. 3.1.1). Da der klientenzentrierte Ansatz oft ein multidimensionales Arbeiten erfordert, das die Familie und das Umfeld des Patienten einbezieht, wird hier nur der Begriff „**klientenzentriert**“ gebraucht, nicht jedoch „**patientenzentriert**“.

Die Begriffe „**Therapeut**“ und „**Interviewer**“ sowie „**Patient/Klient**“ und „**Befragter**“ werden synonym verwendet.

Personenbezeichnungen erfolgen der besseren Lesbarkeit halber stets in der maskulinen Form des grammatikalischen Geschlechts, außer es wird von konkreten (anonymisierten) Klientinnen oder Therapeutinnen gesprochen.

In Zitaten ist die jeweils verwendete deutsche Rechtschreibung beibehalten.

Bezeichnung im Text	Primärliteratur (englisch)	Begriff im COPM-Handbuch und COPM (erste deutsche Übersetzung von 1999)
Betätigung	Occupation	Occupation / Betätigung
Betätigungs-Performanz (BP/OP)	Occupational Performance (OP)	Occupational Performance (OP)
Betätigungs-Performanz-Anliegen/Betätigungs-Performanz-Belange/ OPI(s); z.T. auch Betätigungs-Performanz-Probleme (s.o.)	Occupational Performance Problem(s) / Occupational Performance Issue(s) (OPI(s))	Occupational-Performance-Problem(e)
Bewertung/Einstufung der Wichtigkeit, Priorisierung	Prioritize Occupational Performance Issues	Einstufung der Wichtigkeit
Eigene körperliche Versorgung (als der erste Unterpunkt im Bereich Selbstversorgung im COPM-Bogen)	Personal Care	Selbstversorgung (als der erste Unterpunkt im Bereich Selbstständigkeit im COPM-Bogen)
Freizeit	Leisure	Freizeitverhalten (als einer der drei Bereiche der Betätigungs-Performanz im COPM-Bogen)
Kanadisches Modell (der Occupational Performance) (CMOP)	Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)	Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)
Occupational Performance Process (OPP)	Occupational Performance Process (OPP)	COPM-Prozess
Occupational Performance Process Model (OPPM)	Occupational Performance Process Model (OPPM)	Modell des Occupational Performance Prozesses
Performanz-Komponenten	Performance Components/ Components of Performance	Performance Komponenten
Ruhige Erholung	Quiet Recreation	Ruhige Freizeit (als erster Unterpunkt des Freizeit-Bereichs im COPM-Bogen)
Selbstversorgung	Self Care	Selbstständigkeit (als einer der drei Bereiche der Betätigungs-Performanz im COPM-Bogen)
teil- / semistandardisiertes Interview	semi-structured interview	halbstrukturiertes Interview

*„The client-centred approach appears to be the way of the future
but it is difficult to practice for many therapists.“*

Toomey et al., 1995

1 Einleitung

Die Einbeziehung des Patienten in seine Rehabilitation gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung (BGM, 2001). Zunehmend wird erkannt, dass der individuelle biopsychosoziale Kontext noch mehr als bisher berücksichtigt werden muss, um eine optimale Reintegration des Einzelnen in sein soziales Umfeld zu ermöglichen. Denn über die Fähigkeiten, welche ein Mensch für die möglichst autonome und zufrieden stellende Bewältigung seines individuellen Alltags benötigt, können letztlich nur er selbst oder seine Bezugspersonen Auskunft geben.

Um einen bedarfsorientierten, effizienten und effektiven Einsatz von Ressourcen gewährleisten zu können, müssen die Betroffenen verstärkt in die Zielsetzung und Planung rehabilitativer und therapeutischer Maßnahmen einbezogen werden. Diese Forderung bezieht sich vorrangig auf den Alltag, d.h. die Ebene der Aktivitäten und Partizipation der ICF (WHO, 2001), und somit das Arbeitsfeld von Ergotherapeuten.

Ein ganzheitliches Denken unter Berücksichtigung des individuellen Kontextes wird von vielen Ergotherapeuten als wesentliches Kennzeichen ihres Berufs betrachtet (McColl, 1994). Von daher haben wir nun die Chance und Aufgabe, dieses Wissen einzubringen, um den Wandel im Gesundheitswesen hin zu den benötigten multidimensionalen Ansätzen aktiv mit zu tragen und zu gestalten.

Eine Möglichkeit dies zu tun wäre die Arbeit nach dem klientenzentrierten Canadian Model of Occupational Performance (CMOP; CAOT, 1997). Ziel von Ergotherapie ist nach diesem Modell, für den Einzelnen sinn- und bedeutungsvolle Betätigung zu ermöglichen. Es zeigt, wie die Fähigkeit, individuell benötigte Tätigkeiten zufrieden stellend auszuführen mit Eigenschaften der Person sowie Faktoren der Umwelt interagiert. Von daher kann es Ergotherapeuten aller Fachbereiche dabei unterstützen, einen multidimensionalen Therapieansatz unter Einbeziehung des individuellen Kontextes zu praktizieren und weiter zu verbreiten.

Das Modell wurde ursprünglich im Zuge der Erarbeitung nationaler Leitlinien zur Qualitätssicherung für kanadische Ergotherapeuten entworfen. Es erleichtert Klinisches Reasoning, d.h. die Analyse und Reflexion der praktischen Arbeit. Es gibt Hinweise zur optimalen Gestaltung ergotherapeutischer Prozessqualität und bietet mit dem COPM (Canadian Occupational Performance Measure; CAOT, 1998a) ein umfassendes und diagnoseunabhängiges Assessment-Instrument zur Erfassung des alltagsrelevanten Therapieerfolges aus Sicht des Klienten. Im COPM-Interview werden dessen individuelle Bedürfnisse erfragt. Sowohl die Planung als auch die Gestaltung der Therapie können somit verstärkt auf vom Einzelnen benötigte Tätigkeiten und alltagsrelevante Fertigkeiten abzielen.

Das COPM wird mittlerweile weltweit in über 20 Ländern verwendet. Seit knapp drei Jahren liegt nun auch eine deutsche Übersetzung vor. Die zunehmende Häufigkeit, mit der es bei Kongressen Thema ist, die große Anzahl ergotherapeutischer Diplomarbeiten, die sich mit dem kanadischen Modell befassen und das steigende Angebot an Fortbildungen lassen vermuten, dass sich dieser Ansatz auch bei deutschen Ergotherapeuten wachsender Beliebtheit erfreut. Allerdings liegen keine Zahlen vor, inwieweit er tatsächlich bereits angewandt wird. Seine Umsetzung ist den Erfahrungen der Autorin zufolge nicht immer einfach, zumal die vorhandene Literatur in Bezug auf solche Fragen relativ wenig Auskunft gibt.

Für eine erfolgreiche Implementierung von CMOP und COPM erscheint es daher wichtig, bei der Diskussion des COPM vermehrt praktische Aspekte zu berücksichtigen.

Aus diesem Grund soll die vorliegende Arbeit einen Einblick in die praktische Arbeit mit dem COPM geben und den Einstieg in seine Anwendung erleichtern. Sie schildert die Erfahrungen mit diesem Assessment-Instrument, welche im Verlauf von zweieinhalb Jahren in einer neurologischen Klinik in den Behandlungsphasen Frührehabilitation bis zu teilstationärer Rehabilitation gesammelt wurden.

Kennzeichnende Eigenschaften des COPM wie sein Fokus auf der Ebene von individuell benötigter Betätigung lassen es als wertvolle Ergänzung bisher verwendeter Assessment-Verfahren erscheinen. Darüber hinaus führte die Einbeziehung des Klienten in die Zielsetzung der Therapie zu Veränderungen bei Klienten, in Bezug auf die ergotherapeutische Leistungserbringung sowie auf das Verständnis