



Canadian Occupational Performance Measure

Mary Law

Sue Baptiste

Anne Carswell

Mary Ann McColl

Helene J. Polatajko

Nancy Pollock



5. udgave – revideret

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Mary Law, PhD, O.C. FCAOT, FCAHS

Sue Baptiste, MHSc, FCAOT, OT(C)

Anne Carswell, PhD, FCAOT, OT(C)

Mary Ann McColl, PhD, MTS, FCAOT, OT(C)

Helene J. Polatajko, PhD, FCAOT, FCAHS, OT Reg. (Ont.), OT(C)

Nancy Pollock, MSc, OT Reg. (Ont.), OT(C)

5. Udgave - Revideret.

Toronto, 1991 (første udgave)

Toronto, 1994 (anden udgave)

Ottawa, 1998 (tredje udgave)

Ottawa, 2005 (fjerde udgave)

Ottawa, 2014 (femte udgave)

København, 2019 (femte udgave -revideret)

All rights reserved.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og denne manual er behæftet med copyright. Det er ulovligt at fotografere og reproducere materialet i noget format og på nogen måde eller at distribuere COPM eller denne manual uden at have fået tilladelse hertil af forlaget og forfatterne.

Vedrørende omslaget: tegningen på manualens omslag er et originalt oliemaleri, der er lavet på foranledning af COPM Inc. af Khadija Bounekhla.

Udgivet af COPM Inc. På dansk ved Ergoterapeutforeningen. Nørrevold 90. 1358 København, Danmark.

Kopier kan rekvireres fra COPM Inc. / Ergoterapeutforeningen, etf.dk



www.thecopm.ca

©Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock
1191/1994/1998/2005/2014/2019

ISBN: 978-1-9995053-0-1

PRINTED IN COPENHAGEN, 2020

Om forfatterne

Mary Law er professor Emerita, School of Rehabilitation Science, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Sue Baptiste er professor Emerita, School of Rehabilitation Science, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Anne Carswell, pensioneret, var Lektor og Associate Professor og Associate Director, School of Occupational Therapy, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia

Mary Ann McColl er Associate Director, Centre for Health Services & Policy Research, og Professor i Rehabilitation Therapy, Queens University, Kingston, Ontario, Canada.

Helene J. Polatajko er professor, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, og Sciences Institute, University of Toronto, Ontario, Canada

Nancy Pollock er Associate Clinical Professor, School of Rehabilitation Science, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Forord

Det er med glæde og stolthed, vi præsenterer den reviderede 5. udgave af Canadian Occupational Performance Measure (COPM) på baggrund af nytilkomne teoretiske og psykometriske udviklinger, og tilføjelsen af afsnittet om '*COPM i praksis*'. COPM blev udgivet første gang i 1991, men redskabet blev færdigudformet og beta-testningen påbegyndt i 1989. Siden da har COPM været emnet i godt 500 artikler i internationale peer-reviewed tidsskrifter. Det er blevet indført i Canada og over hele verden, og er oversat til 36 sprog.

COPM er et individualiseret redskab til måling af en persons egen opfattelse af sine problemer i forbindelse med aktivitetsudøvelse. COPM sigter mod at fremme en aktivitetsfokuseret, evidensbaseret, klientcentreret praksis af høj kvalitet.

Som ophavsmænd til COPM har vi lært meget af vore erfaringer med redskabet. Vi er begejstrede for, at redskabet fortsat er vigtigt og relevant i klinisk praksis og forskning. Vi vil gerne takke klienter, terapeuter, studerende og forskere, der har forøget vores viden om COPM.

Vort forskningsteam udforsker fortsat COPM og lærer stadig mere om dets anvendelighed i praksis, i forskning og i administration. Yderligere brugersupport, COPM-nyheder og andre ressourcer kan findes på www.thecopm.ca

COPM-forfatterne

Indhold

Forord	3
Indledning	5
Karakteristiske træk ved COPM	5
COPM's teoretiske baggrund	5
Udviklingen af COPM	8
ANVENDELSE AF COPM	9
COPM-skemaet	9
Trin 1: Problemafklang	9
Trin 2: At vurdere VIGTIGHED	9
Trin 3 & 4: Scoring	10
Trin 5: Revurdering	11
COPM i anvendelse: Et eksempel	12
COPM'S PSYKOMETRISKE EGENSKABER	14
Deskriptiv information om COPM-scorene	14
Validering af COPM	14
Reliabilitet	15
Validitet	16
Responsivitet	18
Anvendelighed	19
COPM i praksis	22
COPM i Forskning og Praksis	22
COPM, praktiske redskaber og ressourcer	23
Referencer	26
Bilag: Eksempel på et udfyldt skema	29

Indledning

Det canadiske aktivitetsudøvelses måleredskab Canadian Occupational Performance Measure (COPM) understøtter klientcentreret, aktivitetsbaseret praksis af høj kvalitet. COPM er et individualiseret redskab, der er beregnet til at påvise forandringer i en klients egen beskrivelse af sin aktivitetsudøvelse over tid. COPM blev oprindeligt udformet til brug for ergoterapeuter, men siden den oprindelige udgivelse benyttes det også af andre fag og grupper.

COPM er tænkt som et redskab til resultatmåling, og det bør således benyttes i begyndelsen af et forløb for at identificere aktivitetsproblemer og bidrage til at fastlægge interventionens mål og igen derefter, efter et passende tidsrum, for at vurdere fremskridt og resultater.

COPM anvendes til at:

- identificere problemområder indenfor aktivitetsudøvelse
- frembringe en vurdering af klientens prioritering af sin aktivitetsudøvelse
- evaluere udførelse og tilfredshed i forhold til disse problemområder
- give et grundlag for målformulering
- måle ændringer i en klients opfattelse af sin egen aktivitetsudøvelse i løbet af ergoterapiinterventionen

COPM anvendes til at identificere aktivitetsproblemer, som kan gøres til mål for et interventionsforløb.

Karakteristiske træk ved COPM

COPM:

- bygger på en bestemt ergoterapeutisk model
- omfatter aktivitetsområderne egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter som primære måleområder
- tager højde for de udøvelseskomponenter, der understøtter eller forårsager aktivitetsudøvelse
- indarbejder klientens roller og rolleforventninger
- tager aktivitetsområdernes betydning for klienten i betragtning
- kvantificerer de problemer, klienten har identificeret
- indarbejder revurdering af identificerede problemområder
- trækker på klientens egne omgivelser og miljø og sikrer derved, at problemerne er relevante for klienten

- tager klientens tilfredshed med nuværende udførelse i betragtning
- involverer klienten fra begyndelsen af ergoterapiinterventionen
- forøger klientens engagement i den terapeutiske proces
- kan anvendes til alle aldersgrupper
- kan anvendes til alle grupper med funktionsnedsættelse
- understøtter den opfattelse, at klienterne er partnere i deres interventionsforløb
- giver mulighed for, at klienten og terapeuten kan identificere og inddrage bekymringer relateret til klientens livsfaser
- giver mulighed for input fra medlemmer af klientens omgangskreds, hvis klienten ikke er i stand til at svare på egne vegne

COPM's teoretiske baggrund

COPM blev oprindeligt udviklet som et arbejdsredskab til ergoterapeuter, der anvendte den canadiske model for aktivitetsudøvelse (the Canadian Model of Occupational Performance) som vist i Figur 1. Modellen blev første gang offentliggjort i 1983 og revideret i 1991, 1997 og 2002 (DNHW/CAOT, 1983, CAOT 1991, 1997, 2002). Efter 2007 omtales modellen som the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007). Tilføjelsen af begrebet *engagement* tydeliggør ergoterapeuters interesse både i aktivitetsengagement og i aktivitetsudøvelse. CMOP-E og COPM lægger vægt på en klientcentreret tilgang. En persons aktivitetsudøvelse afgøres ud fra dennes udtalelser frem for ved objektiv iagttagelse. Aktivitetsudøvelse defineres både ud fra en persons evne til at udføre bestemte aktiviteter og fra hans eller hendes tilfredshed med den udførelse.

CMOP(-E) viser aktivitetsudøvelse som et resultat af interaktion mellem personen, omgivelserne og aktiviteten. Personen indeholder fysiske, affektive og kognitive komponenter samt en central kerne, en 'væren', som udgør personens spirituelle element. Omgivelserne består af fysiske, sociale, kulturelle og institutionelle elementer.

Ergoterapis særlige bidrag er vort fokus på aktivitetsudøvelse. Aktivitetsudøvelsens væsen antages at ligge i en sammenhængende og balanceret tilgang til de tre aktivitetsområder (egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter). Skønt vi anerkender, at opmærksomhed på underliggende færdigheder i udøvelseskomponenterne er væsentlig for ergoterapi, understøtter disse komponenter aktivitetsudøvelsen snarere end

at definere den. I den forstand udgør de ikke et fokus for COPM.

Aktiviteter klassificeres under kategorierne egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter.

Egenomsorgsaktiviteter omfatter aktiviteter, der har til formål at blive klar til dagens opgaver og færden (McColl, Law & Stewart, 2014). COPM måler tre aspekter af egenomsorgsaktiviteter: Personlig pleje, funktionel mobilitet og det at klare sig som forbruger og samfundsborger.

Produktive aktiviteter omfatter aktiviteter, der har til formål at tjene til livets oprethold, passe hjem og familie, yde hjælp til andre og/eller udvikle egne færdigheder (McColl et al., 2014). COPM undersøger tre typer produktive aktiviteter: Lønnet eller ulønnet arbejde, husligt arbejde, skole/uddannelse og leg.

Fritidsaktiviteter omfatter de aktiviteter, vi udfører, når vi ikke behøver være produktive (McColl, Law & Stewart, 2014). COPM omfatter: Stillesiddende fritidsaktiviteter, fysisk aktive fritidsaktiviteter, sociale aktiviteter.

Et aktivitetsproblem defineres som:

En aktivitet, som en person

ØNSKER AT UDFØRE, SKAL UDFØRE ELLER FORVENTES AT UDFØRE

MEN

**IKKE KAN UDFØRE, IKKE UDFØRER ELLER IKKE UDFØRER PÅ EN MÅDE,
HAN/HUN ER TILFREDS MED.**

Tabel 1 viser, hvordan principper fra the Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) modsvarer af karakteristiske træk ved COPM. For en tilbundsående diskussion af begreberne og forudsætningerne for the Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), af klientcentreret praksis og af underliggende ergoterapeutiske værdier henviser vi læseren til *Fremme af menneskelig aktivitet: Ergote-*

rapi i et canadisk perspektiv (Townsend, 2002; FADL's Forlag) (*Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (Canadian Association of Occupational Therapists, 1997, side 31-51) samt *Theoretical Basis of Occupational Therapy*, 3. udgave (McColl et al., 2014, side 4).

Tabel 1: Karakteristiske træk ved COPM

Principperne i Canadian Model of Occupational Performance	Kendetegn ved COPM
1. Aktivitetsudøvelse er et oplevet fænomen snarere end et iagttaget fænomen.	1. a) I COPM anmodes klienter om at fortælle om aktivitetsproblemer. Man forsøger ikke at efterprøve eller verificere klientens udsagn med iagttagelser udefra. b) Klienten identificerer sine udfordringer med udførelsen af egne vigtige daglige aktiviteter c) Klienterne vurderer problemerne efter deres vigtighed. d) Klienterne vurderer eget funktionsniveau i COPM.
2. Aktivitetsudøvelse påvirkes af roller, af udøvelseskomponenter og af omgivelserne.	2. Ved hjælp af COPM identificerer klienten et problem, fordi der er uopfyldte rolleforventninger eller uindfrie krav fra omgivelserne, der kommer i vejen for en vellykket udførelse af aktiviteten.
3. Aktivitetsudøvelse er karakteristisk for alle mennesker, uanset alder, køn eller funktionsnedsættelse.	3. COPM kan anvendes med alle klienter, selvom metoden muligvis skal tilpasses visse klienter.
4. Aktivitetsudøvelse omfatter både selve udførelsen og tilfredsheden med denne.	4. COPM resulterer i to scorere, som baseres på klientens selvrapportering: udførelse og tilfredshed.

COPM kan også bruges sammen med andre ergoterapeutiske referencerammer, forudsat de er klientcentrerede og aktivitetsfokuserede.

- **The Person-Environment-Occupation model** (Law et al., 1993) og the **Person-Environment-Occupational Performance Model** (Christiansen & Baum, 2005) slår begge fast, at person, aktivitet og omgivelser interagerer med hinanden for at opnå optimal aktivitet, enten ved forandringer af individet eller tilpasning af omgivelserne. COPM er et nyttigt måleredskab til at identificere de aktivitetsproblemer, der påvirker en persons deltagelse i almindelighed.
- **Modellen for Menneskelig Aktivitet** (MOHO) fremstiller, som beskrevet af Kielhofner (2008), personen som et åbent system med tre indbyrdes forbundne dele: Udøvelse, Vane og Vilje. Skønt MOHO ledsages

af et imponerende arsenal af undersøgelsesredskaber, kan ergoterapeuter, der arbejder med MOHO, benytte COPM til at identificere aktivitetsproblemer, der kan gøres til genstand for den efterfølgende intervention.

- **Occupational Adaptation** arbejder, som de ovenfor beskrevne modeller, ud fra den grundidé, at aktivitet er det middel, hvormed mennesker interagerer med deres omgivelser (Schkade & Schultz, 1992). COPM er et velegnet værktøj til at identificere de aktiviteter, der kræver yderligere tilpasning for at tilfredsstille den menneskelige trang til eller omgivelsernes krav om beherskelse.
- **Ecology of Human Performance** (Den økologiske model) (Dunn, Brown & McGuigan, 1994) fremhæver omgivelsernes indflydelse på aktivitet. Denne model refererer til opgaver snarere end til aktivitet, men COPM kan anvendes til at identificere opgaver, der bidrager til eller forhindrer opfyldelse af mål.

Udviklingen af COPM

I 1980 nedsatte den canadiske sundhedsstyrelse (the Department of National Health and Welfare, nu kendt som Health Canada) og den canadiske ergoterapeutforening (CAOT) en arbejdsgruppe, der skulle udvikle retningslinjer for kvalitetssikring af ergoterapeutisk praksis i Canada. Ekspertgruppen fuldførte ikke bare sin mission; den påtog sig også en række begrebsmæssige opgaver, deriblandt udviklingen af den canadiske model for aktivitetsudøvelse (CMOP), definition af mange almene termer inden for ergoterapien, samt udviklingen af retningslinjer for ergoterapi i praksis.

Ekspertgruppens arbejde resulterede i tre publikationer:

- *Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy* (Department of National Health and Welfare & the Canadian Association of Occupational Therapists, 1983)
- *Intervention Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy* (Department of National Health and Welfare & the Canadian Association of Occupational Therapists, 1986)
- *Toward Outcome Measures in Occupational Therapy* (Department of National Health and Welfare & the Canadian Association of Occupational Therapists, 1987)

Disse tre udgivelser blev efterfølgende offentliggjort samlet under titlen *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice* (Department of National Health and Welfare & the Canadian Association of Occupational Therapists, 1991). I den sidste af disse tre udgivelser blev det anbefalet, at "et redskab eller en samling af redskaber ... skulle udvikles ... specifikt til ergoterapi" (Department of National Health and Welfare & the Canadian Association of Occupational Therapists, 1987). Endvidere anbefalede arbejdsgruppen, at redskabet skulle testes for at vurdere "i hvilket omfang det opfanger ergoterapis væsentlige bidrag" (p 39).

I september 1988 finansierede the National Health Research Development og the Canadian Occupational Therapy Foundation i fællesskab et projekt, der skulle udvikle et redskab til effektmåling af aktivitetsudøvelse.

Dokumentet *Toward Outcome Measures in Occupational Therapy* fra 1987 fastlagde et antal kriterier, som et måleredskab for aktivitetsudøvelse skulle opfylde. Redskabet skulle:

1. bygge på The Model of Occupational Performance
2. først og fremmest fokuserer på resultatmåling inden for udøvelse af egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter

3. betragte udøvelseskomponenter (fysiske, mentale, sociokulturelle og åndelige) som sekundære, der kun undersøges af hensyn til deres bidrag til aktivitetsudøvelse
4. tage klientens omgivelser, udviklingstrin, roller og motivation i betragtning
5. være sensitivt for kliniske forandringer, der er relevante for ergoterapiinterventionens mål, herunder udvikling, genopbygning og vedligeholdelse af funktion samt forebyggelse af dysfunktion
6. ikke være diagnosespecifikt
7. være modulopdelt så det kan anvendes helt eller delvis
8. have indarbejdede måleredskabsegenskaber såsom reliabilitet, responsivitet og validitet
9. være brugervenligt med hensyn til skemaets udformning, anvendelse, tidsforbrug, enkelt scoringssystem og være acceptabelt for klienter
10. kunne kvantificere resultaterne

Med disse kriterier in mente udspurgte forfatterne kollegaer fra klinikken og uddannelsesinstitutionerne samt gennemsøgte faglitteraturen for at opbygge en liste over de måleredskaber, der var i brug på det tidspunkt. De fandt i alt 136 måleredskaber. Disse redskaber blev til at begynde med vurderet ud fra det første og det andet kriterium. Bortset fra 54 måleredskaber blev de alle elimineret, fordi de kun evaluerede udøvelseskomponenter (f.eks fysiske, mentale, åndelige eller socio-kulturelle) i stedet for udøvelsesområder (egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter). De resterende 54 måleredskaber gik videre til næste fase af den kritiske gennemgang, hvor de tilbageværende kriterier, 3-10, blev bragt i anvendelse.

Yderligere 15 måleredskaber blev udelukket, da de hverken var publiceret eller tilgængelige. I alt blev 39 måleredskaber gennemgået. Nogle af disse redskaber byggede udelukkende på ergoterapeutens vurdering af klientens udførelse af aktiviteter, med ringe vægt på rolleforventninger, det omgivende miljø eller vigtigheden af aktiviteten eller færdigheden for klienten. Andre måleredskaber fokuserede specifikt på rolleforventninger, men indbefattede ikke aktivitetsudøvelsesområderne. Skønt ingen af redskaberne opfyldte alle 10 ovenfor nævnte kriterier, bød otte af redskaberne på interessante måder at gribe undersøgelse af aktivitetsudøvelse an på. Pollock et al. (1990) rummer en mere detaljeret redegørelse for vurderingsprocessen.

Til trods for forskergruppens hensigt om at overtage eller tilpasse et eksisterende instrument frem for at udvikle noget nyt, blev det klart, at der ikke var noget måleredskab til rådighed, der opfyldte alle kriterierne. Man indledte derfor et arbejde med at udvikle et redskab, der med held kunne

håndtere den definition af aktivitetsudøvelse, der var skitseret i *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice*, og inkorporerede de 10 kriterier for resultatmåling. Resultatet blev **the Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**.

ANVENDELSE AF COPM

COPM udføres som et semi-struktureret interview og bør kun tage 15-30 minutter at gennemføre for en ergoterapeut med erfaring i at anvende redskabet. Måleredskabet administreres af ergoterapeuten, med klienten som den, der identificerer sine problemer med aktivitetsudøvelsen. Det følgende afsnit beskriver COPM-skemaet og uddyber hvert af skridtene i undersøgelsesprocessen. Læseren henvises til side 12 med et case-eksempel for at få en klarere forståelse af processen.

Som med et hvilket som helst måleredskab er det vigtigt, at terapeuterne har den nødvendige ekspertise og uddannelse i at anvende redskabet på en pålidelig (reliabel) og gyldig (valid) måde. Yderligere ressourcer, support til brugere og autoriserede oversættelser af COPM findes på www.thecopm.ca.

COPM kan eventuelt anvendes sammen med Occupational Performance Process Model, som beskrevet i *Fremme af menneskelig aktivitet: Ergoterapi i et canadisk perspektiv* (Townsend, 2002; FADL's Forlag) (*Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*, Canadian Association of Occupational Therapists, 1997). Figur 2 illustrerer denne proces. COPM anvendes til en indledende undersøgelse (Trin 1) for at identificere, formulere, vurdere og prioritere områder, der kan give anledning til bekymring i forbindelse med aktivitetsudøvelse, samt områder, der kræver yderligere vurdering for at forstå de faktorer, der ligger bag problemerne med aktivitetsudøvelsen.

COPM kan, som med andre teoretiske tilgange, også anvendes sammen med andre ergoterapeutiske procesmodeller, såsom the Canadian Practice Process Framework (Polatajko, Craik, Davis & Townsend, 2007) og the Occupational Therapy Practice Framework (American Occupational Therapy Association, 2008).

De problemer, der bliver identificeret i den indledende anvendelse af COPM, kan tjene som grundlag for udviklingen af målsætninger og opstilling af prioriteringer for

interventionen. Som opfølgning på interventionen bruges COPM til at vurdere forandringer i aktivitetsudøvelsen. Hvis den ønskede grad af forandring i aktivitetsudøvelsen opnås, kan klienten og terapeuten eventuelt ønske at begynde processen forfra, idet de identificerer et nyt sæt aktivitetsproblemer med tilhørende målsætninger, eller de kan beslutte, at interventionsforløbet afsluttes.

COPM-skemaet

COPM-skemaet består af 2 sider, der er foldet på midten. Ydersiden indeholder fire dele: Beskrivelse af COPM, Klient information, COPM Scoren, samt Plads til noter.

I den foldede version, indeholder forsiden øverste del en kort **Beskrivelse af COPM** for at minde brugeren om formålet med COPM. Nederst på forsiden er plads til noter vedrørende **Klient information** og terapeutens navn, samt datoer for undersøgelsen.

På bagsidens øverste del er plads til at notere informationerne fra **COPM scoren**. Selv om dette udgør COPM's sidste del, lettes adgangen til informationen gennem denne placering. Nederst på bagsiden findes **Plads til noter**. Her noteres informationer fra både fra den indledende og afsluttende undersøgelse vedrørende klientens aktivitetsudøvelse, andre relevante iagttagelser og observationer.

På COPM skemaets midtersider findes først en gennemgang af de fem trin, der er indeholdt i processen. Desuden findes plads til at notere klientens identificerede aktivitetsproblemer indenfor de tre områder: egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter.

COPM processen

COPM gennemføres i en proces bestående af fem trin.

Trin 1: Problemafklarung

Første trin i processen er at interviewe klienten om hans/hendes aktivitetsudøvelse. Fordi COPM-processen er forholdsvis ustruktureret, er det afgørende, at terapeuten udnytter sine interviewfærdigheder og søger efter fyldige svar, efterkontrollerer formodninger og motiverer respondenterne for at opnå den grundigste og mest omfattende undersøgelse.

Det er vigtigt, at klienten udpeger de aktiviteter, som vedkommende gerne vil kunne udføre, skal udføre eller forventes at udføre i deres dagligdag (som en hjælp til terapeuten er der en liste over disse begreber på COPM-skemaets midtersider). Klienten opfordres til at tænke på en typisk dag og beskrive de aktiviteter, han/hun normalt engagerer sig i. Når klienten har udpeget dem, han eller hun skal, vil eller forventes at udføre, spørger terapeuten, om han/hun rent faktisk er i stand til at udføre disse aktiviteter eller er tilfreds med den måde, de udføres på. De første spørgsmål retter sig derfor mod klientens oplevede 'behov' for daglige aktiviteter, og de næste spørgsmål handler om 'udførelse' og 'tilfredshed'.

Ergoterapeuter bør udvikle en fremgangsmåde eller form i deres anvendelse af redskabet, som de og deres klienter har det godt med. Det er vigtigt at identificere de aktivitetsområder, der udgør en bekymring for klienten.

COPM-skemaets midtersider er inddelt i tre aktivitetsområder (egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter), og hvert af disse områder er yderligere underinddelt. Disse kategorier og eksempler på daglige aktiviteter er tænkt som en hjælp, der skal forsyne terapeuten med stikord under interviewet. Kategorierne er der alene for at give interviewet en struktur, og for at sikre, at alle områder bliver dækket. Det er ikke nødvendigt, at klienterne udpeger problemer inden for alle aktivitetsområder, men det er vigtigt at afsøge hvert område for at sikre, at alle problemer identificeres. Terapeuten bør følge klienten og udforske områder, efterhånden som de dukker op i interviewet.

Afsnittet om 'COPM i praksis' giver yderligere eksempler på aktiviteter, der kan inddrages inden for hvert område som en ressource for terapeuten. Disse aktiviteter bygger på en canadisk kontekst og vil uundgåeligt variere fra person til person, såvel som efter kultur og geografi.

Trin 2: At vurdere VIGTIGHED

Når de specifikke problemer med aktivitetsudøvelse er identificeret, bedes klienten rangere hver aktivitet ud fra dens vigtighed i hans eller hendes liv. Vigtighed vurderes på en 10-trinsskala. Vurderingsskalaerne for VIGTIGHED, UDFØRELSE og TILFREDSHED findes som fil i digital udgave som en del af redskabet. Terapeuten opfordres til at kopiere de tre kort til brug med redskabet.

VIGTIGHED

Hvor vigtigt er det for dig at kunne udføre denne aktivitet?

VIGTIGHED									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke vigtigt					Overordentligt vigtigt				

Indfør VIGTIGHEDSvurderingen i COPM skemaet ud for de definerede problemer. Dette trin i processen er væsentligt. Det tjener til fra første færd at engagere klienten i at prioritere, hvad interventionen fokuserer på. Det giver terapeuten mulighed for at få en god forståelse af klientens prioriteringer og vil lette opstillingen af mål og planlægningen af interventionen.

Trin 3 & 4: Scoring

Bed klienten om, med udgangspunkt i oplysningerne fra Trin 2 ovenfor, at vælge op til fem problemer, der virker som de mest presserende eller vigtige. Nogle terapeuter har fundet ud af, at den bedste måde at fortsætte på er ved at vise klienterne de fem problemer, der er blevet vurderet til at have størst vigtighed på nuværende tidspunkt og spørge, om det også er dem, det er vigtigst at sætte ind overfor. Dette giver klienten mulighed for at bekræfte, at det er disse problemer, der er de vigtigste, eller til at vælge et andet problem af mindre vigtighed, hvis han/hun ønsker at fokusere interventionen på det (det kan være nyttigt at holde øje med alle problemer, der blev identificeret, men ikke udvalgt, for at kunne vende tilbage til dem senere). Indfør de valgte problemer og deres VIGTIGHED i skemaets scoringssektion på bagsiden. Vi foreslår, at man højst udvælger fem problemer. Disse identificerede problemer udgør grundlaget for interventionens målsætning, og det er usandsynligt, at der bliver arbejdet med mere end fem mål ad gangen.

For hvert af disse problemer skal klienten, ved hjælp af nedenstående 10-trinsskala, gennemføre følgende:

- en egenvurdering af sin nuværende UDFØRELSE
- en egenvurdering af sin TILFREDSHED med den nuværende udførelse.

UDFØRELSE

Hvordan vurderer du den måde, du aktuelt udfører denne aktivitet på?

UDFØRELSE									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke i stand til at udføre					Kan udføre overordentligt godt				

TILFREDSHED

Hvor tilfreds er du med måden, du aktuelt udfører denne aktivitet på?

TILFREDSHED									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke tilfreds					Overordentlig tilfreds				

Det er nemmest at gennemføre UDFØRELSES- og TILFREDSHEDSvurderingen for hvert enkelt problem, før man fortsætter til det næste.

For hvert af de udpegede problemer indføres talværdierne i de tilhørende felter. Ved at lægge UDFØRELSEscorene sammen (til en samlet UDFØRELSEscore) og ved at dividere med antallet af udpegede problemer fås en GENNEMSNITLIG UDFØRELSEscore.

Ligeledes fås en GENNEMSNITLIG TILFREDSHEDScore ved at lægge TILFREDSHEDscorene sammen (til en samlet TILFREDSHEDScore) og så dividere med antallet af problemer. Disse scorer vil ligge mellem 1 og 10. Disse værdier indføres så i den dertilhørende del af skemaet.

Trin 5: Revurdering

Efter et passende tidsinterval fra den oprindelige vurdering foretages Revurderingen. Tidsintervallet kan variere og afhænger både af klientens og terapeutens vurdering, men det anbefales, at man bliver enig om en dato, hvor man forventer at lave revurdering, før interventionen påbegyndes. På dette tidspunkt revurderes UDFØRELSE og TILFREDSHED i forhold til de specifikke problemområder, igen på en skala fra 1 til 10, og resultatet indføres i revurderingssektionen af skemaet. Revurdering er en meget hurtig proces, da man ikke beder klienten vurdere VIGTIGHED igen, men bare vurderer de samme problemer, der blev vurderet i den indledende COPM.

Gennemsnitlige scorer for UDFØRELSE og TILFREDSHED beregnes for TID2 ved at lægge disse værdier sammen og dividere med antallet af udpegede problemer. Endelig beregnes ÆNDRING I UDFØRELSE og ÆNDRING I TILFREDSHED ved at trække TID1-værdierne fra TID2-værdierne. Således beregnes en ændring eller manglende ændring i udøvelse for det første problem ved at trække værdien for UDFØRELSE1 fra værdien for UDFØRELSE2. Tilsvarende beregnes GENNEMSNITLIG ÆNDRING af UDFØRELSE eller TILFREDSHED ved at trække scoren for GENNEMSNITLIG UDFØRELSE1 eller TILFREDSHED1 fra scoren for GENNEMSNITLIG UDFØRELSE2 eller TILFREDSHED2.

Note til den danske udgave: Det er uhensigtsmæssigt at bede klienten forestille sig, hvordan han/hun eventuelt ville kunne udføre aktiviteten. I stedet kan man enten bede klienten forsøge at udføre aktiviteten til næste møde og så score udførelse og tilfredshed der. Hvis dette ikke er muligt, så kan ergoterapeuten enten få klienten til at forholde sig til, hvilke aktiviteter, de har erfaret aktuelt udgør et problem. Alternativt må man undlade at score indtil, klienten faktisk har prøvet at udføre aktiviteterne.

COPM i anvendelse: Et eksempel

Joan

Joan er en kvinde på 41 med kroniske smerter i højre side af ryggens lumbal- og thoracaldel samt paræstesier i højre arm, som begyndte for to år siden. I det forløbne år er hun blevet diagnosticeret med fibromyalgi. Hun beskriver smerterne som ulidelige. Hun blev henvist til smerteklinikken med henblik på at kunne håndtere de smerter, hun har beskrevet. Joan er gift og har en 16 år gammel datter, Jessica. Tidligere var hun ansat i regnskabsafdelingen på et advokatkontor, men hun har været ude af stand til at genoptage denne beskæftigelse, siden smerterne begyndte. Hun har udtrykt bekymring med hensyn til brugen af medicinsk smertelindring, da hun mener, at det kan gøre hende mindre lydhør over for sin datters behov.

COPM blev introduceret på det første møde med Joan for at hjælpe hende med at identificere de problemer, hun oplevede indenfor de tre aktivitetsudøvelsesområder: egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter. Ergoterapeuten forklarede, at dette undersøgelsesredskab er en metode til at organisere informationer og planlægge intervention.

Da ergoterapeuten anvendte COPM sammen med Joan, benyttede hun sig af fleksibiliteten i COPM til at spørge om de specifikke problemer, der ofte har indflydelse på patienter med kroniske smerter. Her følger nogle eksempler på ergoterapeutens spørgsmål fra egenomsorgssektionen:

- Under Personlig pleje spurgte hun til problemer med afslapning, medicinstyring, søvn, kommunikation og tempo
- Under Funktionel mobilitet spurgte hun til smertetolerance i forhold til at sidde, stå og gå
- Under punktet 'At klare sig som forbruger og samfundsborger' spurgte hun til problemer med smertetolerance ved bilkørsel

Ved ergoterapiforløbets start identificerede Joan fire problemer med aktivitetsudøvelse som de vigtigste for hende. Hendes vurderinger af sine evner til at udføre disse aktiviteter samt hendes tilfredshed med sin udførelse var lave.

1. Hun måtte stå stadigt tidligere op for at blive færdig med sin egen morgenhygiejne, inden hun var klar til at hjælpe sin mand og datter ud af døren om morgenen.
2. Det var et kæmpestort problem for hende, at hun ikke kunne arbejde, både af personlige og økonomiske grunde.
3. Skønt hendes datter ikke længere var et barn, følte Joan, at hun tabte terræn i sit forhold til Jessica, mest fordi hun ikke havde energi eller udholdenhed nok til at forholde sig til de udfordringer, som en teenager stiller en over for.
4. Hun havde ikke tid eller energi til overs til sine venner og følte, at de ikke forstod hende og måske endda kritiserede hende.

Ud fra disse fire problemer, som Joan vurderede til mellem 5 og 10 i vigtighed, opstillede Joan og ergoterapeuten i fællesskab følgende handlingsplan:

1. at udforske strategier til at øge Joans effektivitet og mindske den træthed og smerte, der var forbundet med morgenens egenomsorgsrutiner.
2. at undersøge muligheder for ændring og tilpasning af arbejdet med sigte på gradvis at kunne vende tilbage hertil.
3. at involvere Jessica i samtaler med Joan om roller, relationer, pligter og frihedsgrader.
4. at udvikle strategier med henblik på at genoptage sine venskaber på en måde, der svarede til hendes begrænsede energi samt måder, hvorpå hun kunne forklare sine venner, hvad hun fejlede.

I løbet af de fire uger, smerteprogrammet varede, deltog Joan i både individuel- og gruppeterapi med henblik på at nå sine aktivitetsmål og vende tilbage til de roller og aktiviteter, som var blevet afbrudt af hendes kroniske smerter. Behandlingen var rettet mod at støtte hende i at lære at leve med sine varige, hårdnakkede smerter, reducere hendes funktionsnedsættelser og vende tilbage til at kunne nyde sit liv ved at anvende mestingsstrategier i forhold til sine daglige aktiviteter.

Efter fire ugers ergoterapiintervention havde Joan strømlinet sine morgenrutiner, fået mand og datter til at lave madpakker, været i kontakt med sin tidligere arbejdsgiver for at finde ud af, hvilke valgmuligheder hun havde og påbegyndt en proces med at føre en mere åben dialog om sin

situation med Jessica og med nogle få venner, hun havde tillid til.

Ved afslutningen af de fire ugers program, gennemførte Joan en revurdering ved hjælp af COPM. Ændringen i udførelse på de individuelle problemområder varierede fra 3 til 5 point og ændringen i tilfredshed varierede fra 4 til 6 point. Den gennemsnitlige forandring af scoren for udførelse var 3,0 point og for tilfredshed 5,5 point.

Case-forfatter: Angela Everest, BA, BHSc, OT, Reg (Ont.) – Oakville, ON.

COPM'S PSYKOMETRISKE EGENSKABER

Deskriptiv information om COPM-scorerne

COPM er et klientcentreret, aktivitetsfokuseret effekt-målingsredskab. Det anvender et semistruktureret interviewformat og en struktureret scoremetode. COPM måler klientoplevede forandringer i aktivitetsudøvelse over tid.

COPM resulterer i to hovedvurderinger (UDFØRELSE og TILFREDSHED), hver bedømt på en skala fra 1 til 10 point.

- Der laves vurdering af Udførelse- og Tilfredshed for op til 5 individuelle aktivitetsproblemer
- Den gennemsnitlige vurdering af Udførelse og Tilfredshed udregnes ved at addere vurderingerne af de individuelle problemer og så dividere med antallet af problemer
- Ændringen i vurderingerne for henholdsvis Udførelse og Tilfredshed kan udregnes på baggrund af en revurdering, der laves efter et aftalt tidsinterval

Eftersom COPM-vurderingen afhænger af karakteren og kompleksiteten af de identificerede problemer, kan en klients vurderinger ikke sammenlignes med en andens. Den eneste meningsfulde sammenligning er ændringerne i en klients vurdering fra TID1 (vurdering) til TID2 (revurdering).

COPM er et standardiseret instrument, for så vidt som der er specifikke instruktioner og metoder til anvendelse og scoringsprocedurer. COPM er ikke et normbaseret redskab. Det er ikke designet til at vurdere afvigelser i aktivitetsudøvelse fra en empiribaseret norm. Hvis der eksisterede sådan en norm, ville den være uforenelig med den klientcentrerede tilgang, COPM bygger på, og med den model for aktivitetsudøvelse, som COPM er udledt af. COPM forsøger ikke at anvende en befolkningsbaseret standard for aktivitetsudførelse. I stedet begrebsliggør den aktivitetsudøvelse som en personlig subjektiv oplevelse.

Validering af COPM

Den psykometriske testning af COPM er foregået i tre faser:

1. **Fase et** omfattede en indledende pilottestning i lokalsamfund over hele Canada (n=49). Formålet med denne fase var at færdiggøre formulering og format samt at identificere problemstillinger af klinisk eller målemæssig art, som opstod under anvendelsen af COPM (Law et al., 1993).
2. **Fase to**, en mere formaliseret og intensiv pilottestning, inddrog 256 klienter og 219 ergoterapeuter fra 55 praksissteder, tilfældigt udvalgt blandt medlemmer af den canadiske ergoterapeutforening. Formålet med denne fase var at indsamle detaljerede informationer om COPM's anvendelighed og scoringssystem (Law et al., 1994).
3. **Fase tre** (validering) er stadig i gang. I denne fase bidrager talrige forfattere og forskere til en bredere forståelse af COPM's validitet, reliabilitet, anvendelighed og responsibilitet. Der er anvendt en bred vifte af populationer i den psykometriske testning af COPM. COPM har vist sig brugbar i relation til både forskellige typer funktionsnedsættelse, forskellige lande og forskellige terapeutiske institutioner. Se detaljer om psykometrisk validering i Research on the COPM (McColl et al., 2006) og på www.thecopm.ca.

Reliabilitet

Et måleredskabs reliabilitet refererer til dets evne til at frembringe konsistente scorer under forskellige forhold (f.eks. undersøger, tid) under forudsætning af, at der ikke er sket ændringer i klientens tilstand. På grund af COPM's afhængighed af det semi-strukturerede interview er der enighed om, at reliabiliteten mellem forskellige undersøgere ikke kan forventes at være høj. Det betydningsfulde for COPM er test-retest reliabiliteten.

Tabel 2 viser resultaterne af syv reliabilitetsstudier, der er kritisk vurderet. Der er betragtelig enighed om, at COPM ved gentagelse over varierende intervaller kan frembringe stabile resultater. Det er blevet påvist, at reliabiliteten med hensyn til intern konsistens reliabilitet ligger inden for et

rimeligt interval. Test-retest-reliabiliteten har konsekvent vist sig at ligge pænt over det acceptable niveau. Forskere har undersøgt et bredt udsnit af forskellige typer af klienter og fundet COPM reliabel (Sewell & Singh, 2001; Cup, Scholte & Reimer, Thijssen, & van Kuyk-Minis, 2003; Pan, Chung & Hsin-Hwei, 2003; Eyssen, Beelen, Dedding, Cardol & Dekker, 2005; Cusin, Lannin & Lowe, 2007). Verkerk, Louwers, Meester-Delver & Nollet (2006) påviste også en høj grad af overensstemmelse mellem identificerede problemer ved gentagne anvendelser af COPM. Skønt COPM er designet til at anvendes i forbindelse med ansigt-til-ansigt interview, påviste Kjekken et al. (2005), at ansigt-til-ansigt- og spørgeskema-anvendelser begge frembringer pålidelige resultater, hvorimod telefoninterview er mindre pålidelige.

Tabel 2: Reliabilitetsstudier vedrørende COPM

Studie	Population	Land	Reliabilitet
Sewell & Singh, 2001	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) Apopleksi	England, UK	Test-retest: $r = .90 - .92$
Cup et al., 2003	Apopleksi	Holland	Test-retest: $r = .89 - .88$
Pan et al., 2003	Skizofreni	Taiwan	Test-retest: $r = .84 - .85$
Eyssen et al., 2005	Ambulante patienter	Holland	Test-retest: ICC (Intraclass korrelations koefficient) = $.67 - .69$
Kjekken et al., 2005	Ankylosis spondylitis	Norge	Test-retest: $r = .92-.93$ (interview); $.90-.90$ (mail); $.73-.73$ (telefonisk)
Verkerk et al., 2006	Børn	Holland	Test-retest: 80% overensstemmelse i de identificerede problemer
Cusick et al., 2007	Forældre på børns vegne	Canada	Internal konsistens, Cronbach's alpha = $.73-.83$

Validitet

Der er blevet foretaget adskillige undersøgelser af COPM's validitet i forskellige omgivelser og med forskellige populationer, herunder: indholds- (content), kriterie- (criterion), samstemmende (concurrent), begrebs- (construct), konvergens- (convergent), divergens- (divergent) og diskriminant (discriminant) validitet.

- indholdsvaliditet underbygges, når eksperter er enige om, at hele området eller indholdet af et givet begreb er blevet målt.
- kriterievaliditet underbygges, når scorerne på den aktuelle målestok (i dette tilfælde COPM) korrelerer positivt med en måling af det samme fænomen, som kan betragtes som en 'guld-standard' eller 'kriterium'.
- samstemmende validitet underbygges, når den opnåede score korrelerer positivt med andre målinger af det samme fænomen.
- begrebsvaliditet underbygges, når den aktuelle måling korrelerer med målinger af andre begreber på teoretisk forudsigelige måder.
- konvergensvaliditet underbygges, når vurderingerne fra det aktuelle måleredskab konvergerer med vurderinger fra andre lignende måleredskaber, og divergensvaliditet, når scorerne adskiller sig på forudsigelige måder.
- diskriminant validitet underbygges, når scorerne giver mulighed for, at mennesker klassificeres præcis i forudgivne grupper.

Der blev fundet 16 artikler, som undersøgte COPM's validitet. Som Tabel 3 viser, blev samstemmende, kriterium-, konvergens-, divergens-, begrebs- og indholdsvaliditet undersøgt blandt et udvalg af klienter og praksistyper. Disse studier understøttede samstemmende COPM's validitet som et redskab til at måle aktivitetsudøvelse.

Tabel 3 viser variationen blandt de redskaber, som COPM er blevet valideret i forhold til, gående fra rene funktionsundersøgelser til vurderinger af psykologisk og social funktion. En anden tilgang til validering af COPM har været at vise, i hvilken udstrækning de samme problemer med aktivitetsudøvelse identificeres med COPM sammenlignet med andre måleredskaber. Typisk bliver 50 – 80 % af de problemer, der identificeres med COPM, også identificeret med andre måleredskaber; men forfatterne anfører konsekvent, at COPM fører til et større antal identificerede problemer.

Note til tabel 3:

D – AIMS2 = Holandsk version af Arthritis Impact Measurement Scale 2; DASH – DLV = Hollandsk version af Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire; DIP = Disability Impact Profile; FIM = Functional Independence Measure; HAQ = Health Assessment Questionnaire; KBADL = Klein Bell ADL Activity Subscale; LSS = Life Satisfaction Scale; OSA = Occupational Self-Assessment; PDI = Pain Disability Index; RNL = Reintegration to Normal Living Index; SIGA = Self-Identified Goal Assessment; SIP = Sickness Impact Profile; SPSQ = Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire; WOMAC = Western Ontario & McMaster Osteoarthritis Index; WQL = Wisconsin Quality of Life – Client Questionnaire; WPP = Work Personality Profile.

Tabel 3: Validitets studier af COPM

Studie	Population	Land	Validitet
Chan & Lee, 1997	Ortopædiske og apopleksi patienter	Hong Kong	KBADL: ns; SPSQ: $r = .22 - .39$; FIM: $.14 - .32$
Van Meeteren et al., 2000	Hæmofili (blødersygdom)	Holland	80% af problemerne identificeret på D – AIMS2
Simmons, Crepeau & White, 2000	Blandede rehabiliteringspatienter	USA	Ikke signifikant forskellig fra FIM
McColl, Paterson, Davies, Doubt & Law, 2000	Hjemme behandling	Canada	RNL: $r = .22-.38$; LSS: $.21 - .46$
Boyer, Hachey & Mercier, 2000	Skizofreni	Canada	WPP: $r = .53$; SPSQ: $.17 - .39$
Ripat, Etcheverry, Cooper & Tate, 2001	Reumatoid arthrit (RA, leddegigt)	Canada	HAQ: $r = .37 - .67$; WQL: $.46$
Veehof, Slegers, van Veldhoven, Schuurman & van Meeteren, 2002	Overekstremitets lidelser	Holland	81% of problemerne blev også identificeret med DASH – DLV
Chen, Rodger & Polatajko, 2002	Neuro-rehabilitering	Taiwan	RNL: $r = 0.72 - 0.93$
Donnelly et al., 2004	Rygmarvsskadede	Canada	FIM: $r = .35 - .51$
Dedding, Cardol, Eyssen, Dekker & Beelen, 2004	Ambulante	Holland	49% af problemerne blev også identificeret med SIP; 74% med DIP
Kjeken, Slatkowsky-Christensen, Kvien & Uhlig, 2004	Hånd osteoarthritis (OA, slidgigt)	Norge	HAQ: $r = .21-.28$; WOMAC: $.16-.24$; sygdoms aktivitet = $.31-.31$
Verkerk et al., 2006	Børn med div. handicap	Holland	50% identificerede samme problemer med PEDI; 39% med QOL; 71% med åbne spørgsmål
Edwards, Baptiste, Stratford & Law, 2007	Hoftefrakturer	Canada	WOMAC: $r = .38-.36$; ADL/IADL: $.55-.57$
Rochman, Ray, Kulich, Mehta & Driscoll, 2008	Mund- og ansigtsslammer (OMD)	USA	PDI: $r = .75-.79$; Visual analog smerteskala: $.42-.39$
Stuber & Nelson, 2010	Blandet rehabilitering	USA	OSA: $r = .51$; SIGA: $r = .58$
Eyssen et al., 2011	Ambulante	Holland	Signifikant positiv korrelations med SIP, DIP, IPA

Responsivitet

Responsivitet refererer til COPM's evne til at opfange forandringer i den oplevede aktivitetsudøvelse over tid. Et måleredskabs responsivitet kan undersøges på flere måder:

1. ved at vurdere den ændring, måleredskabet viser, når klienter modtager en intervention, man ved har effekt
2. ved at vurdere den ændring, der måles med COPM, over den periode, hvor der forventes bedring i aktivitetsudøvelsen

3. ved at sammenligne de ændringer, der er målt med COPM, med klientens, terapeutens og familiens vurderinger af ændringer i funktionen

Der findes studier af alle tre typer i litteraturen og alle rapporter konsekvent, at COPM er følsom (responsiv) over for reelle forandringer i aktivitetsudøvelsen.

Tabel 4: COPMs responsivitet

Studie	Population	Land	Responsivitet
Carpenter, Baker & Tyldesley, 2001	Smerte	England, UK	COPM var sensitiv i fht. at registrere forandring
Kjeken et al., 2005	Ankylosing spondylitis	Norge	SDD = 1.47-1.80 (interview); 2.20-2.41 (mail); 3.14-4.00 (telefon)
Cusick et al., 2007	Cerebral parese (CP)	Australien	Korrelation med forskel målt med GAS (goal-attainment scaling)
Edwards et al., 2007	Hofte frakturer	Canada	Sensitiv i forhold til klinisk forandring
Jenkinson, Onsworth & Shum, 2007	Traumatisk hjerneskade	Australien	Fandt signifikant forskel i Udførelses- og Tilfredsheds-scorerne
Sakzewski, Boyd & Ziviani, 2007	Cerebral parese (CP)	England, UK	COPM & GAS er begge responsive i forhold til at måle klinisk forandring
Eyssen et al., 2011	Blandede ambulante patienter	Holland	De målte forandringer korrelerer signifikant med SIP, DIP, IPA
Wallen & Ziviani, 2012	Forældre på børns vegne	Australia	Der ses ingen forandring ved at blinde de tidligere scorer

Note: DIP = Disability Impact Profile; GAS = Goal Attainment Scaling; IPA = Impact on Participation and Autonomy; SIP = Sickness Impact Profile; SDD = smallest detectable difference (mindste målelige forandring)

Anvendelighed

Der blev fundet 21 studier, der undersøgte COPM's anvendelighed. I alle tilfælde viste COPM sig at give betydelige fordele i et bredt udvalg af kliniske omgivelser, med forskellige populationer og inden for forskellige sprog og kulturer.

Tidsforbrug: Tidsforbruget til COPM fandtes helt ned til 12 minutter, hvis det anvendtes udelukkende til at identificere og vurdere problemer med aktivitetsudøvelse. Adskillige undersøgelser fandt tidsforbrug mellem 20 og 40 minutter. Større tidsforbrug opstår sædvanligvis på grund af søgen efter årsager til, konsekvenser af eller mulige løsninger på aktivitetsproblemerne.

Klientcentreret tilgang: Mange artikler kommenterede på COPM's anvendelighed i forbindelse med at få implementeret en klientcentreret tilgang. Gennem undersøgelsen blev klientens prioriteter tydelige, og disse adskilte sig ofte fra terapeutens indledende forestillinger.

Vi har konstateret, at nogle terapeuter føler sig utilpasse ved, at klienten har hovedrollen i forhold til at identificere problemer i COPM. De terapeuter, der ikke er vant til eller komfortable med den klientcentrerede tilgang, kan finde på at sige, at klienterne ikke identificerer de for terapeuten indlysende problemer, og derfor ikke kan betragtes som pålidelige informanter. De terapeuter, der gav udtryk for en tydelig forkærlighed for klientcentreret praksis, var meget komfortable med COPM; de hvis tilgang var mere professionelt domineret, var mindre komfortable med den.

Aktivitetsfokuseret terapi: Det er også blevet påvist, at COPM fremskynder identifikationen af klientens aktivitetsproblemer, hvilket udgør grundlaget for ergoterapi. Anvendelsen af COPM førte typisk til identifikation af flere problemer end andre måleredskaber. Det viste sig at udgøre en nyttig platform for den indledende undersøgelse af alle aktivitetsudøvelsens områder. Kommentarer fra klienter om processen med at gennemføre COPM indikerer, at COPM er nem at forstå og hjælper med at identificere problemer, der kan arbejdes med i den videre intervention.. Nogle få klienter havde problemer med at identificere deres aktivitetsproblemer, men de fleste fandt det givende at blive samarbejdspartner i eget rehabiliteringsforløb.

Opstilling af mål: Adskillige forfattere gav udtryk for COPM's anvendelighed som grundlag for at opstille mål og holde øje med fremskridtene hen imod målene. COPM blev designet som et måleredskab, og adskillige undersøgelser bekræfter COPM's anvendelighed i den henseende.

Anvendelighed i forhold til kommunikation og dokumentation: Et antal studier bekræfter nytten af COPM, ikke bare til at definere aktivitetsproblemer, men også til at formidle dem til andre og til at skitsere formålet med ergoterapi.

Tabel 5: COPMs anvendelighed

Studie	Population	Land	Anvendelighed
McColl et al., 2000	Hjemme behandling	Canada	Den gennemsnitlige tid brugt på at udføre et COPM interview er 46 min (+15); COPM er mulig at anvende til mennesker uafhængigt af alder, køn og funktionsnedsættelser
Simmons et al., 2000	Blandet rehabilitering	USA	FIM og COPM giver terapeuterne mulighed for at forudsige klientens status ved udskrivelse
Van Meeteren et al., 2000	Hæmofili (blødersygdom)	Holland	COPM blev brugt som guldstandard til at afgøre kriterievaliditeten af D – AIMS
Carpenter et al., 2001	Smerte	England, UK	COPM blev brugt som et middel til at få diskuteret klientens betydningsfulde aktivitetsproblemer
Ripat et al., 2001	Reumatoid arthrit	Canada	COPM er mere anvendelig end HAQ i forhold til at undersøge den enkeltes aktivitetsproblemer
Veehof et al., 2002	Over-ekstremitets lidelser	Holland	COPM blev brugt som guld standard til at afgøre konkurrent validitet af DASH – DLV
Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson & Hendriks-son, 2002	Blandet rehabilitering	Sverige	De klienter, hvor COPM var brugt, var bedre i stand til at huske egne mål og følte sig mere involveret i målsætningen; COPM medførte en væsentligt forbedring af den klientcentrerede tilgang
Wressle, Marcusson & Hendriks-son, 2002	Blandet rehabilitering	Sverige	COPM bevarede en klientcenteret tilgang og forbedrede kommunikationen i teamet; COPM sikrede, at klienten fik feedback i forhold til egne forbedringer over tid
Chen et al., 2002	Neurorehabilitation	Taiwan	Den gennemsnitlige tid brugt på at udføre et COPM interview var 20–40 min; COPM hjalp terapeuterne til at arbejde mere holistisk; COPM tydeliggjorde den ergoterapeutiske rolle overfor teammedlemmer og klienter
Pan et al., 2003	Schizofreni	Taiwan	Den gennemsnitlige tid brugt på at udføre et COPM interview var 23.6 min; den gennemsnitlige vurdering af, hvor vanskeligt, det var at bruge COPM var 3.8 / 7.
Coates & Crist, 2004	Ergoterapeut studerende	USA	COPM blev brugt som en metode til at undersøge de studerendes modenhed i forbindelse med klinisk ræsonering
Cusick et al., 2005	Cerebral parese (CP)	Australien	COPM var mere effektiv end GAS (12 min vs 45)
Fisher, 2005	Ergoterapeuter	Nord Amerika	COPM gjorde det muligt at adressere etniske minoriteters unikke aktivitetsmæssige behov

Studie	Population	Land	Anvendelighed
McNulty & Beplat, 2008	Depression	USA	COPM førte til, at der blev identificeret flere aktivitetsproblemer
Rochman et al., 2008	Mund- og ansigtssmerter	USA	Anvendeligt som et resultatsmålingsredskab
Kamioka et al., 2009	Fysioterapeuter/ apopleksi patienter	Japan	COPM er sammenlignet med 7 andre og fundet meget anvendelig
Colquhoun et al., 2010	Geriatrisk rehabilitering	Canada	COPM faciliterer interventionen for både terapeuter og klienter; godt til rutinemæssig brug
Stuber et al., 2010	Klienter der stod foran udskrivelse / overgang til anden rehabilitering	USA	17,5 min at anvende COPM; anvendelig i forhold til at fremme en klientcentreret tilgang
Colquhoun et al., 2012	Geriatrisk rehabilitering	Canada	Signifikant forbedring ved at bruge COPM i forhold til: at få viden om klientens perspektiv, formulere mål, dokumentere, få aktivitets-fokuseret praksis
Enemark Larsen & Carlsson, 2012	Geriatrisk rehabilitering	Danmark	Giver fordele til såvel terapeuter som klienter; giver større indsigt i klienternes liv
Gustafson, Mitchell, Fleming & Price, 2012	Ergoterapeuter, der arbejder med rygmarvsskadede	England UK	Fokusgruppe interviews med ergoterapeuter, der så mange fordele ved at bruge COPM i forhold til såvel praksis som målsætning

Note: D – AIMS2 = Dutch version of the Arthritis Impact Measurement Scale 2; DASH – DLV = Dutch version of the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire; FIM = Functional Independence Measure; GAS = Goal Attainment Scaling; HAQ = Health Assessment Questionnaire

COPM i praksis

Siden COPM blev introduceret, er utallige spændende og vigtige udviklingsstudier om COPM gennemført. Disse vedrører ikke kun forskning og praksis, men er også gennemført for at udvikle de ressourcer, der tilbydes til at støtte praktikerens brug af COPM. I dette afsnit fremhæver vi noget af den seneste og væsentligste udvikling.

COPM i Forskning og Praksis

En nyligt gennemført søgning tilvejebragte mere end 500 peer-reviewed artikler om COPM. Sammen med den øgede mængde af publicerede artikler, sås også en betydende ændring i den type af artikler, der er publiceret om COPM. I de første år efter udgivelsen af COPM handlede de fleste artikler om redskabets psykometriske egenskaber herunder om dets anvendelighed. I de senere år omhandler den største del af artiklerne, COPM anvendt som resultatmålingsredskab i interventionsstudier. Denne udvikling viser anvendeligheden af COPM, ikke kun i klinisk praksis, men også i forskning, hvor COPM benyttes til at undersøge effekten af mange forskellige ergoterapeutiske og rehabiliterende interventioner. Forandringen i den seneste litteratur viser også en øget bredde i den praktiske anvendelighed. Der ses øgning i bredden af populationer, hvortil COPM anvendes, i de forskellige praksis steder og sundhedsprofessionelles formål med at anvende COPM, samt i de typer af interventioner, COPM bruges til at måle på.

Populationer

Selv om der stadig ses mange studier, der anvender COPM til de mere traditionelle rehabiliterings populationer som fx mennesker, der er ramt af apopleksi, cerebral parese, kroniske smerter eller gig, så ses nu flere eksempler, hvor COPM bruges til mindre traditionelle rehabiliterings populationer, som fx mennesker med ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), PTSD (post traumatic stress disorder), cancer eller synsnedtættelser. Desuden ses artikler med populationer udenfor det traditionelle sundhedssystem, herunder professionelle som oplever sig udbrændte, hjemløse mennesker, ældre i kommunale centre og kandidat studerende.

Et interessant eksempel kommer fra arbejdet med overvægt. I det 21. århundrede har vi set en dramatisk udvikling af overvægtige i mange lande, og i litteraturen genfindes en stigende involvering af ergoterapeuter, der arbejder med denne population. I et review af Haracz, Ryan, Hazelton og James (2013), der indeholdt 22 artikler om ergoterapeuter, som arbejder med denne population, blev påvist

den vigtige rolle, som ergoterapeuter kan spille i dette arbejde. I to nyere artikler er COPM anvendt til at beskrive, hvilke aktivitetsproblemer mennesker med overvægt oplever (Barclay & Forwell, 2019; Nossum, Johansen & Kjekken, 2018).

Barclay & Forwell (2019) anvendte COPM til 241 mennesker med overvægt, der søgte vægtreducerende operationer (bariatrisk kirurgi). Da mennesker, der søger om vægtreducerende operationer, forventes at tage sig inden operationer, var det ikke overraskende, at deltagerne identificerede deres prioriterede problemer i forhold til aktiviteter relateret træning og mad, fx madlavning og kontrol med portionsstørrelser. Studiet undersøgte endvidere relationen mellem aktivitetsproblemer, psykiske problemer og demografiske faktorer med henblik på at målrette interventioner, så de bliver mere effektive. Forfatterne noterede sig, at *'COPM ser ud til at fungere godt i arbejdet med at hjælpe mennesker, der tilbydes vægtreducerende operationer, ved at identificere en bred vifte af aktivitetsproblemer, der måske ikke ville være fundet ved at anvende et spørgeskemas præ-formulerede spørgsmål'* (s.8).

Nossum, Johansen & Kjekken (2018) anvendte COPM til 63 klienter, der identificerede 272 aktivitetsproblemer. De aktivitetsproblemer, der hyppigst blev scoret højt i vigtighed, var at varetage samfundsmæssige opgaver, varetage husholdning, kunne lege med børn eller børnebørn og foretage fysisk aktive fritidsaktiviteter. Studiet undersøgte endvidere, hvilke barrierer, der medvirkede til problemerne gennem kvalitative metoder og ved at undersøge sammenhængen mellem aktivitetsproblemerne og personlige og omgivelsesmæssige faktorer. COPM tilvejebragte et fremragende udgangspunkt ved at identificere deltagernes udfordringer. Disse kunne herefter udforskes yderligere og analyseres og derved bidrage til planlægning af de efterfølgende interventioner.

Praksis steder og sundhedsprofessionelle

Ligesom med populationer viste litteraturen en øgning af steder, hvor COPM er blevet anvendt. Udover den veletablerede brug af COPM på hospitaler, rehabiliteringssteder, og hjemme- og kommunalpleje, viste litteraturen, at COPM er brugt indenfor primær sektoren, skoler, krisecentre, arbejdspladser og kommunale centre.

I et Newsletter udgivet af COPM Inc. i 2017, beskrev Valeria Maglia et af de måske mest usædvanlige praksis steder, hvor COPM er anvendt. Hun er en regional fysioterapeut, som arbejder for den franske afdeling af Læger Uden Grænser, og hun og hendes team ledte efter et PROM

(patient reported outcome measure), der kunne anvendes til sårede civile som modtog rekonstruerende kirurgi. Rekonstruktionerne involverede tre specialer: ortopædisk-, plastik- og ansigtskirurgi (maxillofacial kirurgi). Patienterne er overvejende fra Irak, Syrien, Yemen og Palæstina. Der findes en officielt udgave af COPM på arabisk, og den har vist sig sensitiv for arabisk kultur og brugbar til såvel børn som voksne.

Efter at have prøvet en række undersøgelsesredskaber valgte teamet COPM, der skulle bruges i kombination med fem forskellige selvrapporterede spørgeskemaer alt efter alder og skadested. De valgte COPM, fordi den var individualiseret og klientcentreret, anvendelig til alle de forskellige kirurgiske specialer, der blev praktiseret, kunne måle effekt af interventionen, og var tilgængelig på arabisk. Deres plan er at bruge COPM i en prospektiv, sammenlignende undersøgelse med 100 patienter over 12 måneder til at bestemme de mest effektive multidisciplinære interventioner målt ud fra et patientcentreret resultat.

Udvidelsen af praksis stederne inkluderer en udvidelse af sundhedsprofessionelle, som det ses i anvendelsen af COPM indenfor Læger Uden Grænser. Litteraturen viser, at COPM, ud over at være anvendt i ergoterapi, også er dokumenteret anvendt indenfor fysioterapi, sygepleje, psykologi og socialt arbejde, samt i multidisciplinære teams.

Interventioner

COPM anvendes som måleredskab for mange forskellige interventioner fra medicinske interventioner i form af kirurgi og medicin, via terapeutiske interventioner som reflekterer de seneste landvindinger i praksis så som CIMT (constraint induced movement therapy), mindfulness, coaching i aktivitetsudførelse og teknologiske applikationer.

Litteraturen viste også, at COPM bliver brugt som en integreret part af interventionsudvikling. Verhoef og kolleger (2013a og 2013b) benyttede COPM til udvikling og evaluering af en tværfaglig intervention rettet mod at forbedre arbejdsdeltagelsen for unge voksne med fysiske handicap. COPM blev anvendt til den indledende undersøgelse, hvorefter programmet bestod af individuelle og gruppebaserede coaching sessioner. Resultaterne viste øget engagement i aktivitetsudøvelsen på tværs af egenomsorg, arbejde og fritid samt signifikante ændringer i beskæftigelsesstatus to år efter interventionen.

COPM er også indarbejdet som en integreret del af aktivitetsbaserede interventioner, såsom CO-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance Approach, på dansk: kognitiv orientering i tilgangen til daglig aktivi-

tetsudøvelse) (Polatajko & Mandich, 2004). Interventioner, der direkte fokuserer på at forbedre klientens aktivitetsudøvelse som CO-OP, kræver en metode til at etablere aktivitetsbaserede mål og måle ændring i disse mål. I CO-OP er COPM indarbejdet som en integreret del af målsætningen og evalueringsprocessen, idet COPM bruges initialt til at identificere aktivitetsproblemer og igen ved interventionens afslutning til at revurdere klienternes oplevelser af aktivitetsproblemernes udførelse og deres tilfredshed med udførelsen. Evidens fra over 30 offentliggjorte studier har demonstreret COPMs effektivitet i denne proces (Scammell, Bates, Houldin, & Polatajko, 2016).

COPM, praktiske redskaber og ressourcer

For dem, som ikke kender til COPM, er det vigtigt at drage fordel af de tilgængelige ressourcer, der kan hjælpe til at bruge redskabet effektivt i praksis eller forskning. Enemark Larsen, Rasmussen og Christensen (2018) gennemførte et scoping-review for at afgøre, om brugen af COPM forbedrede klientcentreret praksis. Deres undersøgelse bekræftede, at brugen af COPM fremmer en klientcentreret praksis, men forfatterne understregede også behovet for, at terapeuter har veludviklede kommunikationsevner for at gennemføre COPM-interviewet effektivt. De anbefalede introduktionskurser og løbende support som centrale ressourcer for COPM-brugere. Dette afsnit præsenterer praksisværktøjer og ressourcer, der er oprettet til at støtte terapeutens brug af COPM. Blandt disse er læringsressourcer til at blive fortrolig med brugen af COPM, eksempler på aktiviteter, der kan overvejes, når man anvender COPM, tilgængelige oversættelser af COPM, adgang til en webapp til COPM og brug af COPM i elektroniske sundhedsregistre. Mange af disse ressourcer er tilgængelige via COPM-webstedet www.thecopm.ca.

Undervisningsmodul i anvendelsen af COPM

Undervisningsmodulet er et omfattende onlinekursus designet til nye brugere eller dem, der ønsker en opdatering. Det indeholder fem kapitler, der dækker baggrunden, det teoretiske grundlag, anvendelsen, scorerne, og det forskningsmæssige grundlag bag COPM. Modulet er interaktivt og inkluderer videoklip, øvelser, selvrefleksion og quizzes. Det tager cirka to timer at gennemføre. Et-års abonnementer er tilgængelige, så du kan vende tilbage til modulet, så ofte du vil. Abonnementerne kan købes enten til enkeltpersoner, til studerende eller organisationer.

Eksempler på betydningsfulde aktiviteter

Når man anvender COPM, er det ofte nyttigt at give klienten eksempler på aktiviteter (activities) eller betydningsfulde aktiviteter (occupations), der kan overvejes, indenfor de tre hovedområder for aktivitetsudøvelse: egenomsorg, produktivitet og fritid. Nedenfor giver vi eksempler på aktiviteter eller betydningsfulde aktiviteter, der kan nævnes under hver overskrift for at støtte klienten i deres identifikation af aktivitetsproblemer. Vær opmærksom på, at de

følgende eksempler på ingen måde har til formål at være dækkende; de er beregnet til at støtte terapeuten i at give klienter eksempler på aktiviteter eller betydningsfulde aktiviteter indenfor hvert område. Listen, der vises nedenfor, skal IKKE læses til klienten under COPM-interviewet. Vær også opmærksom på, at disse aktiviteter og betydningsfulde aktiviteter er hentet fra en canadisk kontekst, de vil være forskellige afhængig af det enkelte menneske, kulturer og lande.

Egenomsorgsaktiviteter

Personlig pleje

- Tage tøj på / og af
- Benytte toilettet
- Vaske sig / bade
- Rengøre tænder
- Benytte sminke/ ordne hår
- Deltage i seksuelle aktiviteter
- Varetage egen medicinering
- Slappe af / sove

Mobilitet

- Vende sig i sengen
- Benytte kørestol
- Komme i / ud af badekar
- Gå på trapper
- Komme ind i / ud af en bil
- Kunne stå / stå i længere tid

Samfundsmæssige opgaver

- Køre bil
- Benytte offentlig transport
- Benytte en telefon
- Lave aftaler med fx håndværkere eller læger
- Varetage eget budget
- Varetage papirarbejde fx i fht. skat eller ansøgninger
- Tage på indkøbstur

Produktive aktiviteter

Lønnet / ulønnet arbejde

- Søge arbejde
- Komme godt ud af det med kollegerne
- Kunne følge sikkerhedsretningslinjer
- Være punktlig
- Tage sig af børn

Husarbejde

- Indkøb
- Planlægge måltider
- Følge en opskrift
- Tilberede mad
- Rengøre bordet
- Vaske op
- Rengøring, fx feje gulvet, tørre støv af, polere møbler, vaske gulv, benytte en støvsuger
- Bære affald ud
- Vaske tøj
- Stryge
- Lave mindre reparationer, fx skifte pærer

Lege /passe skole / uddannelse

- Lave hjemmearbejde
- Spille spil, sportsskampe formelt eller uformelt
- Spille rollespil, være bestemte roller i lege
- Tegne, klippe, lime
- Printe, skrive
- Regne, trække fra, gange (multiplacere), etc.
- Klatre, kaste, løbe, hoppe
- Færdiggøre skolearbejde
- Tage noter

Fritidsaktiviteter

Stille fritidsaktiviteter

- Lytte til musik
- Se TV
- Læse bøger, aviser, blade
- Strike, sy, væve
- Udføre sin hobby, samle på ting
- Deltage kreativ kunst, medier
- Spille kort, brædtspil

Aktive fritidsaktiviteter

- Lave sport
- Tage sig af kæledyr
- Gå i biografen, teatret
- Spise udenfor hjemmet
- Besøge barer, klubber
- Køre, være på sightseeing
- Gå i parker, til stranden, til legepladser
- Deltage i religiøse begivenheder
- Deltage i kurser
- Besøge museer, biblioteker
- Rejse
- Deltage i sportsbegivenheder

Sociale fritidsaktiviteter

- Besøge venner / familie
- Tale i telefon
- Deltage i fester
- Være vært, have gæster
- Skrive breve

Oversættelser

Der er i øjeblikket 36 forskellige oversættelser tilgængelige på COPM-webstedet. Nogle oversættelser har både manualen og COPM-skemaet med, og andre kun COPM-skemaet. Oversættelserne er tilgængelige på webstedet og kan findes under KØB-knappen www.thecopm.ca/buy

COPM-appen

For dem, der ønsker at gennemføre COPM elektronisk, er en webbaseret app nu tilgængelig. Appen er kompatibel med computere, tablets og smarttelefoner og bruger tofaktor autentisering til at beskytte klientinformation med de højeste sikkerhedsstandarder. En kort to-minutters video placeret på <https://app.thecopm.ca> indeholder yderligere detaljer om appen.

Elektronisk sundhedsjournal

Mange COPM-brugere ønsker at integrere COPM i sundhedsregistreringssystemerne i deres organisationer. Licensaftaler til kopiering af COPM i elektroniske sundhedssystemer (på engelsk eller et hvilket som helst af de 36 oversatte sprog) kan arrangeres ved at kontakte forfatterne, kontakt os enten via hjemmesiden eller på e-mail contact@thecopm.ca.

Brugersupportressourcer

På COPM-webstedet findes et antal ressourcer ud over læringsmodulet til støtte for brugere.

- videoklip, der viser hvert af de fem trin i processen med at administrere COPM
- praksis eksempler ved hjælp af COPM med forskellige klientpopulationer
- eksempler på brug af COPM i mere avancerede situationer, såsom brug med tolk eller i tværkulturelle sammenhænge
- eksempler på COPM-brug i forskning, i programudvikling eller evaluering og inden for tværfaglige teams
- svar på ofte stillede spørgsmål (FAQs)
- en omfattende referenceliste
- en tilmelding til det månedlige COPM-nyhedsbrev

Kontakt os

Endelig tilbyder webstedet en mulighed for at e-maile og stille forfatterne specifikke spørgsmål direkte. Du er velkommen til at kontakte os (www.thecopm.ca/contact).

Referencer

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625–683.
- Barclay, K. S., & Forwell, S. J. (2018). Occupational performance issues of adults seeking bariatric surgery for obesity. American Journal of Occupational Therapy
- Brown, F., Shiels, M., & Hall, C. (2001). A pilot community living skills group: An evaluation. British Journal of Occupational Therapy, 64, 144 – 150.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1991). Occupational therapy guidelines for client-centred practice. Toronto, ON: CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). Enabling occupation: An occupational therapy perspective (Rev. ed.). Ottawa ON: CAOT Publications ACE.
- Carpenter, L., Baker, G. A., & Tyldesley, B. (2001). The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. Canadian Journal of Occupational Therapy, 68(1), 16-22.
- Chan, C. C. H., & Lee, T. M. C. (1997). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International, 4(3), 231-249. Doi: 10.1002/oti.58
- Chen, Y., Rodger, S., & Polatajko, H. (2002). Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. Occupational Therapy International, 9(3), 167-184.
- Christiansen, C., & Baum, C. (Eds.). (2005). Occupational therapy: Performance, participation and well-being. Thorofare NJ: Slack Inc.
- Coates, G., & Crist, P. A. (2004). Brief or new: Professional development of fieldwork students: Occupational adaptation, clinical reasoning, and client-centeredness. Occupational Therapy in Health Care, 18(1), 39-47.
- Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J., & Edwards, M. (2010). Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. British Journal of Occupational Therapy, 73(2), 48-54. Doi: 10.4276/030802210X12658062793726
- Colquhoun, H., Letts, L., Law, M., MacDermid, J., & Mis-siuna, C., A. (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: Effect on practice. Canadian Journal of Occupational Therapy, 79(2), 120-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.7>
- Cup, E. H. C., Scholte op Reimer, W. J. M., Thijssen, M. C. E., & van Kuyk-Minis, M. A. H. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. Clinical Rehabilitation, 17(4), 402-409. Doi: 10.1191/0269215503cr635oa
- Cusick, A., Lannin, N. A., & Lowe, K. (2007). Adapting the Canadian Occupational Performance Measure for use in a paediatric clinical trial. Disability & Rehabilitation, 29(10), 761-766.
- Dedding, C., Cardol, M., Eyssen, I., Dekker, J., & Beelen, A. (2004). Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: A client-centred outcome measurement. Clinical Rehabilitation, 18(6), 660-667.
- Department of National Health and Welfare and the Canadian Association of Occupational Therapists. (1983). Guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. (No. H39-33/1983E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare.
- Department of National Health and Welfare and the Canadian Association of Occupational Therapists. (1986). Intervention guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. (No. H39-100/1986E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare.
- Department of National Health and Welfare and the Canadian Association of Occupational Therapists. (1987). Toward outcome measures in occupational therapy. (No. H39-114/1987E). Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare.
- Donnelly, C., Eng, J. J., Hall, J., Alford, L., Giachino, R., Norton, K., & Kerr, D. S. (2004). Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. Spinal Cord, 42(5), 302-307.
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, M. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy, 48, 595-607.
- Edwards, M., Baptiste, S., Stratford, P. W., & Law, M. (2007). Recovery after hip fracture: What can we learn from the Canadian Occupational Performance Measure? American Journal of Occupational Therapy, 61(3), 335-344.
- Enemark Larsen, A., & Carlsson, G. (2012). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 19(2), 204-213. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2011.574151>
- Enemark Larsen, A., Rasmussen, B., & Christensen, J.R. (2018). Enhancing a client-centred practice with the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International, doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/5956301>.
- Eyssen, I. C., Steultjens, M. P., Oud, T. A., Bolt, E. M., Maasdam, A., & Dekker, J. (2011). Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure. Journal of Rehabilitation Research & Development, 48(5), 517-528.
- Eyssen, I., Beelen, A., Dedding, C., Cardol, M., & Dekker, J. (2005). The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. Clinical Rehabilitation, 19(8), 888-894.
- Fisher, S. (2005). The Canadian Occupational Performance Measure: Does it address the cultural occupations of ethnic minorities? British Journal of Occupational Therapy, 68(5), 224-234.
- Gustafsson, L., Mitchell, G., Fleming, J., & Price, G. (2012). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure in spinal cord injury rehabilitation. British Journal of Occupational Therapy, 75(7), 337-342. Doi: 10.4276/030802212X13418284515910
- Haracz, K., Ryan, S., Hazelton, Michael & James, C. (2013). Occupational therapy and obesity: An integrative literature review. Australian Occupational Therapy Journal, 60, (5), 356-365.

- Healey, H., & Greenberg, E. (1993). A pilot study of the use of the Canadian Occupational Performance Measure. North York, ON: Discoverability: Career Education and Assessment for Ontario Young People with Physical Disabilities.
- Jenkinson, N., Ownsworth, T., & Shum, D. (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21(12), 1283-1294.
- Kamioka, Y., Yoshino, T., Sugaya, K., Saito, H., Ohashi, Y., & Iijima, S. (2009). Goal-setting method and goal attainment measures in physical therapy for stroke patients: A systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 21(4), 399-415.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Uhlig, T., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Finset, A. (2005). Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *Journal of Rheumatology*, 32(8), 1503-1509.
- Kjeken, I., Slatkowsky-Christensen, B., Kvien, T. K., & Uhlig, T. (2004). Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: Validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research*, 51(5), 709-715.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1993). COPM user survey. (Unpublished manuscript). McMaster University School of Rehabilitation Science.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1998). *Canadian Occupational Performance Measure* (2nd ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M. A., Carswell, A., & Baptiste, S. (1994). The Canadian Occupational Performance Measure: Results of pilot testing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 191-197.
- McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and community utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30.
- McColl, M. A., Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2006). Research on the COPM: An annotated resource. Ottawa: CAOT Publ.
- McColl, M. A., Law, M. C., Doubt, L., Pollock, N., & Stewart, D. (2003). *The theoretical basis of occupational therapy* (2nd ed.). Thorofare NJ: Slack Inc.
- McColl, M. A., Law, M. C., & Stewart, D. (2014). *The theoretical basis of occupational therapy* (3rd ed.). Thorofare NJ: Slack Inc.
- McNulty, M. C., & Beplat, A. L. (2008). The validity of using the Canadian Occupational Performance Measure with older adults with and without depressive symptoms. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 27(1), 1-15.
- Nossum, R., Johansen, A., & Kjeken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*
- psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 10(4), 269-277.
- Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian practice process framework (CPPF). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2004). *Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Pollock, N., Baptiste, S., Law, M., McColl, M. A., Opzoomer, A., & Polatajko, H. (1990). Occupational performance measures: A review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 77-81.
- Ripat, J., Etcheverry, E., Cooper, J., & Tate, R. (2001). A comparison of the Canadian Occupational Performance Measure and the health assessment questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 247-253.
- Rochman, D. L., Ray, S. A., Kulich, R. J., Mehta, N. R., & Driscoll, S. (2008). Validity and utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure in a craniofacial pain center. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 28(1), 4-11.
- Sakzewski, L., Boyd, R., & Ziviani, J. (2007). Clinimetric properties of participation measures for 5- to 13-year-old children with cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 232-240.
- Scammell, E., Bates, S., Houldin, A., & Polatajko, H. J. (2016). The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance: A Scoping Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, On Line first: June 14, 2016 as doi:10.1177/0008417416651277
- Schkade, J. K. & Schultz, S. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach to contemporary practice (Part 1). *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 829-837.
- Sewell, L., & Singh, S. J. (2001). The Canadian Occupational Performance Measure: Is it a reliable measure in clients with chronic obstructive pulmonary disease? *British Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 305-310.
- Simmons, D. C., Crepeau, E. B., & White, B. P. (2000). The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(5), 471-476.
- Steeden, B. (1994) Occupational therapy guidelines for client-centred practice and Canadian Occupational Performance Measure [Book Review]. *British Journal of Occupational Therapy*, (1) 57, 23.
- Stuber, C. J., & Nelson, D. L. (2010). Convergent validity of three occupational self-assessments. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(1), 13-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.3109/02703180903189260>
- Toomey, M., Nicholson, D., & Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 242-249.
- Van Meeteren, N. L., Strato, I. H., van Veldhoven, N. H., De, K. P., van den Berg, H. M., & Helden, P. J. (2000). The utility of the Dutch arthritis impact measurement scales 2 for assessing health status

in individuals with haemophilia: A pilot study. *Haemophilia*, 6(6), 664-671.

Veehof, M. M., Slegers, E. J., van Veldhoven, N. H., Schuurman, A. H., & van Meeteren, N. L. (2002). Psychometric qualities of the Dutch language version of the disabilities of the arm, shoulder, and hand questionnaire (DASH-DLV). *Journal of Hand Therapy*, 15(4), 347-354.

Verhoef, J. A., Roebroek, M. E., van Schaardenburgh, N., Floothuis, M. C., & Miedema, H. S. (2013b). Improved Occupational Performance of Young Adults with a Physical Disability After a Vocational Rehabilitation Intervention. *Journal of occupational rehabilitation*, 1-10.

Verkerk, G. J. Q., Wolf, M. J. M. A. G., Louwers, A. M., Meester-Delver, A. & Nollet, F. (2006). The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities. *Clinical Rehabilitation*, 20(11), 980-988. doi: 10.1177/0269215506070703

Wallen, M., A., & Ziviani, J., M. (2012). Canadian Occupational Performance Measure: Impact of blinded parent-proxy ratings on outcome. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 7-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.2182/cjot.2012.79.1.2>

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-83.

Wressle, E., Eeg-Olofsson, A. M., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(1), 5-11.

Wressle, E., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2002). Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure -- Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 40-48.

Bilag: Eksempel på et udfyldt skema



Canadian Occupational Performance Measure

The **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)** understøtter en klientcentreret og aktivitetsbaseret praksis af høj kvalitet. COPM er et individualiseret måleredskab, der er beregnet til at registrere ændringer i en klients egen opfattelse af sin aktivitetsudøvelse over tid. COPM er tænkt som et resultatmålingsredskab, og det bør således benyttes i begyndelsen af et forløb for at tilvejebringe grundlag for at kunne fastlægge forløbets mål og igen senere, efter et passende mellemrum, for at vurdere fremskridt og resultater.

COPM anvendes til at:

- identificere problemområder inden for aktivitetsudøvelse
- give klienten en mulighed for at prioritere sin aktivitetsudøvelse
- evaluere udførelse og tilfredshed i forhold til disse problemområder
- give et grundlag for målformulering, og
- måle ændringer i en klients opfattelse af sin egen aktivitetsudøvelse i løbet af ergoterapiinterventionen

KLIENTOPLYSNINGER

Klientens navn: Joan

Klientens fødselsdato: 15, 12, 1972

Indledende vurdering: 16, 1, 2014 Revurdering: 28, 4, 2014

Terapeutens navn: Angela



Canadian Occupational Performance Measure

COPM gennemføres i 5 trin

- Identificer aktivitetsproblemer
Et aktivitetsproblem defineres som:
En aktivitet, som en person ØNSKER AT UDFØRE, SKAL UDFØRE eller FORVENTES AT UDFØRE, men IKKE KAN UDFØRE, IKKE UDFØRER eller IKKE UDFØRER PÅ EN MÅDE, HAN/HUN ER TILFREDS MED.
- Når aktivitetsproblemerne er identificeret, skal klienten vurdere, hvor vigtigt hvert enkelt er i hans/hendes liv. Vigtighed vurderes på en 10-punktskala.
1= Slet ikke vigtigt 10= Overordentligt vigtigt
- Bed klienten vælge op til 5 aktivitetsproblemer, der virker mest presserende eller betydningsfulde ud fra den netop foretagne vurdering.
- Vurder nu den aktuelle **UDFØRELSE** (hvordan vurderer du den måde, du udfører denne aktivitet på nu?) og **TILFREDSHED** (hvor tilfreds er du med den måde, du udfører denne aktivitet på nu?)
- Aftal tidspunkt for revurdering

EGENOMSORGSAKTIVITETER

Egenomsorgsaktiviteter omfatter aktiviteter, der har til formål at blive klar til dagens opgaver og føden. COPM undersøger tre aspekter af egenomsorgsaktiviteter: Personlig pleje, funktionel mobilitet og det at klare sig som forbruger og samfundsborger

	AKTIVITETENS VIGTIGHED
Personlig pleje	
Egen omsorg med et rimeligt tidsforbrug	5
Funktionel mobilitet	
At klare sig som forbruger og samfundsborger	

PRODUKTIVE AKTIVITETER

Omfatter aktiviteter, der har til formål at tjene til livets oprethold, passe hjem og familie, yde hjælp til andre og/eller udvikle egne evner. COPM undersøger tre typer af produktive aktiviteter: Lønnet eller ulønnet arbejde, husligt arbejde, skole/uddannelse og leg.

	AKTIVITETENS VIGTIGHED
Lønnet eller ulønnet arbejde	
At kunne passe et arbejde	10
Husligt arbejde	
At holde trit med sin datter, forholdet til datteren	8
Skole/uddannelse og leg	

FRITIDS AKTIVITETER

Fritidsaktiviteter omfatter de aktiviteter, der udøves af en person, når denne er fri for produktive forpligtelser. COPM undersøger: Stillesiddende fritidsaktiviteter, fysisk aktive fritidsaktiviteter, sociale aktiviteter

	AKTIVITETENS VIGTIGHED
Stillesiddende fritidsaktiviteter	
Fysisk aktive fritidsaktiviteter	
Sociale aktiviteter	
At have tid og energi til vennerne	5

SCORING

UDFØRELSE: (Hvordan vurderer du den måde, du aktuelt udfører denne aktivitet på?)
1= Slet ikke i stand til at udføre den ← 10= Kan udføre den overordentligt godt

TILFREDSHED: (Hvor tilfreds er du med måden, du aktuelt udfører denne aktivitet på?)
1= Slet ikke tilfreds ← 10= Overordentligt tilfreds

Tid 1: / / / / Tid 2: / / / /

Aktivitetsproblemer	Aktivitetsvigtighed	Udførelse T ₁	Tilfredshed T ₁	Udførelse T ₂	Tilfredshed T ₂
Passe et arbejde	10	1	1	5	5
Forhold til datter	8	3	2	8	8
Egenomsorg	5	4	2	4	8
Venner	5	2	1	5	7
		Udførelse i alt T ₁	Tilfredshed i alt T ₁	Udførelse i alt T ₂	Tilfredshed i alt T ₂
SCORE I ALT		10	6	22	28
		Udførelse gennemsnit T ₁	Tilfredshed gennemsnit T ₁	Udførelse gennemsnit T ₂	Tilfredshed gennemsnit T ₂
GENNEMSNIT SCORE (Samlet score/antal problemer)		2,5	1,5	5,5	7,0
				Ændring i udførelse	Ændring i tilfredshed
ÆNDRING I SCORE (T₂-T₁)				3,0	5,5

NOTER OG IAGTTAGELSER

Indledende vurdering

Revurdering