



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: _____

Klientens fødselsdato: __ / __ / __

Indledende vurdering: __ / __ / __ Revurdering: __ / __ / __

Terapeutens navn: _____

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

Husligt arbejde

Skole/uddannelse og leg

FRITIDSAKTIVITETER

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

SCORING

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

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

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

Aktivetsproblemer	Aktivitetens vigtighed	Udførelse T_1	Tilfredshed T_1	Udførelse T_2	Tilfredshed T_2
		Udførelse i alt T_1	Tilfredshed i alt T_1	Udførelse i alt T_2	Tilfredshed i alt T_2
SCORE I ALT					
		Udførelse gennemsnit T_1	Tilfredshed gennemsnit T_1	Udførelse gennemsnit T_2	Tilfredshed gennemsnit T_2
GENNEMSNI SCORE (Samlet score/antal problemer)					
				Ændring i udførelse	Ændring i tilfredshed
ÆNDRING I SCORE ($T_2 - T_1$)					

NOTER OG IAGTTAGELSER

Indledende vurdering

Revurdering

VIGTIGHED

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Slet ikke
vigtigt**

**Overordentligt
vigtigt**

UDFØRELSE

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Slet ikke i stand
til at udføre den

Kan udføre den
overordentligt godt

TILFREDSHED

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Slet ikke
tilfreds**

**Overordentlig
tilfreds**



Canadian Occupational Performance Measure

Mary Law

Sue Baptiste

Anne Carswell

Mary Ann McColl

Helene J. Polatajko

Nancy Pollock



5. udgave

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Mary Law, PhD, FCAOT, FCAHS, OT Reg. (Ont.), OT(C)

Sue Baptiste, MHSc, FCAOT, OT Reg. (Ont.), 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

En note fra forlæggeren

For mere end femogtyve år siden udviklede forfattergruppen bag Canadian Occupational Performance Measure (COPM) dette enestående redskab til resultatmåling for ergoterapi. Forfatterne bag COPM og den canadiske ergoterapeutforening (CAOT) har siden 1991 samarbejdet om at udgive dette redskab, den tilhørende instruktionsmanual, samt beslægtet materiale. CAOT er stolt over at stå for udgivelsen og har forpligtet sig til, i samarbejde med forfatterne til COPM, at udgive og distribuere engelsk- og fransksprogede COPM skemaer og manualer over hele verden.

Om forfatterne

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

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

Anne Carswell var Lektor og Associate Professor og Associate Director (pensioneret) og er adjungeret Professor, School of Occupational Therapy, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.

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

Helene J. Polatajko er professor, Department of Occupational Science and Occupational Therapy, og Associate Chair, Graduate Department of Rehabilitation Science, 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 5. udgave af Canadian Occupational Performance Measure (COPM) på baggrund af nye teoretiske og psykometriske udviklinger, og i anledning af 25-året for COPM's tilblivelse. COPM blev udgivet første gang i 1991, men redskabet blev færdigudformet og beta-testningen påbegyndt i 1989. Siden da har COPM været emne for mere end 250 artikler i internationale peer-reviewed tidsskrifter. Det er blevet indført i Canada og over hele verden, og anvendes i mere end 40 lande. COPM 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. Det glæder os, at den canadiske ergoterapeutforening (CAOT) fortsat vil udgive dette værk.

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
COPM's historie	8
ANVENDELSE AF COPM	9
COPM-skemaets forside	9
COPM Trin 1: Problemafklang	9
COPM Trin 2: At vurdere VIGTIGHED	10
COPM Trin 3 & 4: Scoring	10
COPM Trin 5: Revurdering	11
COPM i anvendelse: Et eksempel	12
COPM'S PSYKOMETRISKE EGENSKABER	14
Deskriptiv information om COPM-scoringerne	14
Validering af COPM	14
Reliabilitet	15
Validitet	16
Responsivitet	18
Anvendelighed (utility)	19
Referencer	22
Bilag A: Liste med aktivitetseksempler (canadisk udgave)	26
Bilag B: Hyppigt Stillede Spørgsmål	28
Bilag C: Eksempel på et udfyldt skema	30

Indledning

The 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 er redskabet også blevet anvendt af andre professioner og grupper.

COPM er tænkt som et redskab til resultatmåling, og det bør således benyttes i begyndelsen af et forløb for 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
- anerkender de udøvelseskomponenter, der understøtter eller ligger til grund for aktivitetsudøvelse
- inkluderer klientens roller og rolleforventninger
- tager aktivitetsområdernes betydning for klienten i betragtning
- sætter tal på de problemer, klienten har identificeret
- inkluderer 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

- engagerer klienten fra begyndelsen af ergoterapiinterventionen
- øger klientens involvering 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, der relaterer 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). Figur 1 viser the Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). 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* (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 åndelige 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 væsentlige 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 undersøger 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 det ikke er nødvendigt at være produktiv (McColl, Law, Doubt, Pollock, & Stewart, 2003; McColl et al., 2014). COPM undersøger: 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 kendetegnene ved COPM. For en tilbundsgående 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 er også velegnet til brug 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 COPM anvendes af ergote-

rapeuter, der anvender MOHO, til at identificere aktivitetsproblemer, der kan gøres til genstand for ergoterapi.

Occupational Adaptation arbejder, ligesom de forrige modeller, ud fra den grundide, 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.

COPM's historie

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 er siden blevet 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 ergoterapiens 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

Anvendelsen af COPM og score-proceduren er beskrevet i detaljer nedenfor.

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 uddyber hvert af skridtene i undersøgelsesprocessen. Læseren henvises til side 12 med et caseeksempel 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 og support for brugere af COPM kan findes på www.thecopm.ca og www.caot.ca. Officielle 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 processmodeller, 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-skemaets forside

Forsiden minder brugeren om formålet med COPM og giver plads til information om klienten og terapeuten.

COPM 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-skemaet). Klienten opfordres til at tænke på en typisk dag og beskrive de aktiviteter, han/hun normalt udfører. Når så 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'.

Terapeuter 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-skemaet 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 områderne, efterhånden som klienten bringer dem op i interviewet.

Som en yderligere ressource for terapeuten rummer Bilag A eksempler på aktiviteter, der kan inddrages inden for hvert område. Disse aktiviteter bygger på en canadisk kontekst og vil uundgåeligt variere fra person til person, såvel som efter kultur og geografi. Eksemplet er revideret i den danske udgave.

COPM Trin 2: At vurdere VIGTIGHED

Når de specifikke problemer med aktivitetsudøvelse er identificeret, bedes klienten vurdere hver aktivitet ud fra dens vigtighed i hans eller hendes liv. Vigtighed vurderes på en 10-trinsskala. Vurderingsskalaerne for VIGTIGHED, UDFØRELSE og TILFREDSHED findes i lommen på indersiden af bagsiden af den fysiske manual ELLER som en vedhæftet fil i den elektroniske udgave.

VIGTIGHED

Hvor vigtigt er det for dig at 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.

COPM 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 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. 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?

Note til den danske udgave: Hvis klienten ikke har prøvet at udføre aktiviteten i sin aktuelle tilstand, er det 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.

UDFØRELSE									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke i stand til at udføre den					Kan udføre den 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 UDFØRELSESpointene sammen (til en samlet UDFØRELSESscore) og ved at dividere med antallet af udpegede problemer fås en GENNEMSNITLIG UDFØRELSESscore.

Ligeledes fås en GENNEMSNITLIG TILFREDSHEDSscore ved at lægge TILFREDSHEDSpointene sammen (til en samlet TILFREDSHEDSscore) 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.

COPM 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 scorene for GENNEMSNITLIG UDFØRELSE2 eller TILFREDSHED2.

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 på 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 tage fat på 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 morgens 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 = Hollandsk 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 vedrørende 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 ansigtsslammelser (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 (utility)

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 klientcenterede 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 ansigtssmerte	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 klientcenteret 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

Referencer

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683.
- Baptiste, S., Law, M., Pollock, N., Polatajko, H., McColl, M. A., & Carswell, A. (1993). The Canadian Occupational Performance Measure. *World Federation of Occupational Therapy Bulletin*, 28, 47-51.
- Barry, M. J., & Albright, L. (1996). Use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure for intrathecal baclofen therapy. *Pediatric Physical Therapy*, 8, 183-184.
- Bosch, J. (1995). The reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure. (Upubliceret speciale). McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
- Boyer, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2000). Perceptions of occupational performance and subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15(2), 1-15.
- 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.
- Carswell, A., McColl, M., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and clinical update. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 16 – 22.
- Carswell-Opzoomer, A. (1990). The measurement of function and social function in a community sample of persons with Alzheimer's disease. (Upubliceret speciale). University of Toronto, Toronto, Ontario.
- 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., L., Letts, L., J., Law, M., C., MacDermid, J., C., & 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: 10.1191/0269215503cr6350a
- Curtin, C. (2001). Eliciting children's voices in qualitative research. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 295-302.
- 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.
- Davis, S. E., Mulcahey, M. J., Smith, B. T., & Betz, R. R. (1998). Outcome of functional electrical stimulation in the rehabilitation of a child with C-5 tetraplegia. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 22, 107-113.
- 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>
- Eysen, 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.
- Eysen, 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.
- Garner, G., Casavant, C., Campbell, W., & Hannah, S. (1997). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. (Undergraduate independent study). McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
- 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: 10.4276/03080221X13418284515910
- 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.
- Krenz, C., Larson, E. B., Buchner, D. M., & Canfield, C. G. (1988). Characterizing patient dysfunction in Alzheimer's type dementia. *Medical Care*, 26, 453-461.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M.A., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57, 82-87.
- 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.
- Law, M., Russell, D., Pollock, N., Rosenbaum, P., Walter, S., & King, G. (1997). A comparison of intensive neurodevelopmental therapy plus casting and a regular occupational therapy program for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39, 664-670.
- Law, M., & Stewart, D. (1996). Test retest reliability of the COPM with children. (Unpublished manuscript). McMaster University School of Rehabilitation Science.
- Mackenzie, A. (1994). Differences in perceptions between older persons and their careers. (Unpublished special). King's College, University of London, London, England.
- Mahurin, R. K., Bettignies, B. H., & Pirozzolo, F. J. (1991). Structured Assessment of Independent Living Skills: Preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia. *Journal of Gerontology*, 46, 58-66.
- 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.
- Mew, M. M., & Fossey, E. (1996). Client-centred aspects of clinical reasoning during an initial assessment using the Canadian Occupational Performance Measure. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 43, 155 - 166.
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 243-245.
- Michalos, A. (1980). Satisfaction and happiness. *Social Indicators Research*, 8, 385-422.
- Mirkopolous, C., & Butler, K. (1994). Quality assurance: Clients' perceptions of goal performance and satisfaction. Proceedings of the 11th World Congress of Occupational Therapy. London, England.
- Missiuna, C., & Pollock, N. (2000). Perceived efficacy and goal setting in young children. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 101 - 109.

- Pan, A., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with 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.
- 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.
- Pollock, N., Rochon, S., Wilkins, S., & Law, M. (1998) The relationship between client-centred practice and the Canadian Occupational Performance Measure. Manuscript under udarbejdelse.
- Pollock, N., & Stewart, D. (1998). Occupational performance needs of school-aged children with physical disabilities in the community. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 55-68
- 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.
- Rochon, S. (1994). Theory from practice: A reflective curriculum for occupational therapists. (Upubliseret speciale). McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
- 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.
- Sanford, J., Law, M., Swanson, L., & Guyatt, G. (1994). Assessing clinically important change an outcome of rehabilitation in older adults. Paper presented at the Conference of the American Society of Aging, San Francisco, CA., March 1994.
- 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.
- Scull, D. (1997). An outcome measure for adult mental health: An evaluation study of the COPM for adult mental health. (Bachelor afhandling med udmærkelse). University of Wales, Cardiff.
- 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.
- Slagle, E. C. (1934). Occupational therapy: Recent methods and advances in the United States. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 13, 289-298.
- Southon, K. A. (1997). A study of the occupational performance goals of elderly patients when in hospital and at home, and implications for the provision of occupational therapy. (Upubliseret speciale). University of Exeter, Exeter, England.
- Stancombe, R., & Young, J. (1996). Using the COPM in elderly mental health. *OT News*, 12-13.
- 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>
- Sturgess, J., Rodger, S., & Ozanne, A. (2002). A review of the use of self-report assessment in young children. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 108 – 116.
- Suissa, S., Shenker, S. C., & Spitzer, W. (1984). Measuring the quality of life of cancer and chronically ill patients: Cross-validation studies of the Quality of Life Index. (Upubliseret manuskript).
- Toomey, M., Nicholson, D., & Carswell, A. (1995). The clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 242-249.
- Trombly, C. (Ed.). (1993). *Occupational therapy for physical dysfunction* (4th ed.). New York: Williams & Wilkins.
- Van Meeteren, N. L., Strato, I. H., van Veldhoven, N. H., De, K. P., van den Berg, H. M., & Helders, 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.
- Veneri, A. (2000). Occupational performance: Perceptions of children with development coordination disorder. (Upubliseret speciale). University of East London, London, England.
- Verkerk, G. J. Q., Wolf, M. J. M. A. G., Nollet, F., Louwers, A. M., & Meester-Delver, A. (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.
- Wilcox, A. (1994). A study of verbal guidance for children with developmental coordination disorder. (Upubliseret speciale). University of Western Ontario, London, Ontario.

Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., & Law, M., (2001). Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 70-79

Wood-Dauphinee, S., Opzoomer, A., Williams, J. I., Marchand, B. B., & Spitzer, W. O. (1988). Assessment of global function: The Reintegration to Normal Living Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69, 583-590.

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 A: Liste med aktivitetseksempler (canadisk udgave)

Den følgende liste foreslår eksempler på aktiviteter, der kunne høre hjemme under hver overskrift.

Bemærk venligst, at listen ikke er udtømmende, og den er heller ikke beregnet til at blive læst højt for klienten under anvendelsen af COPM. Læg venligst mærke til, at disse aktiviteter hører hjemme i en canadisk kontekst, og at de uundgåeligt vil være forskellige afhængigt af personen, såvel som kulturen og geografien.

Note til den danske udgave: COPM identificerer udfordringer med occupational performance. På dansk har vi oversat det til "aktivitetsudøvelse". For på dansk at adskille "occupation" og "activity" tilføjer vi et "betydningsfuldt" foran aktivitet, når vi oversætter "occupation". Dette er i overensstemmelse med den differentiering af niveauer som er beskrevet i den "taxonomiske kode for aktivitetsudøvelse" (Taxonomi Code of Occupational Performance, TCOP), som er introduceret i Menneskelig Aktivitet II (Townsend & Polatajko, 2011). For at være tro mod, at vi med COPM identificerer vores klienters oplevede udfordringer eller problemer med betydningsfulde aktiviteter (occupations) (fx. at holde en middag) og kunne differentiere mellem disse og de underliggende (del-)aktiviteter (at lave mad), opgaver (at snitte salat) og færdigheder (at holde på kniven) anbefales at identificere problemer på højere niveauer. Det vil sige, at det, vi identificerer med COPM, svarer til niveauet for „aktivitet og deltagelse“ fra ICF-taxonomien. Dette sker selvfølgelig i erkendelse af, at det er klientens vurdering, der afgør, hvorvidt en aktivitet opleves betydningsfuld. I den efterfølgende ergoterapeutiske arbejdsproces undersøges, hvad der medvirker til problemet. Vær opmærksom på som nævnt ovenfor, at det IKKE er meningen, at Bilag A skal læses højt for klienten – den er udelukkende tænkt som en hjælp til ergoterapeuten.

Egenomsorgsaktiviteter

Personlig pleje

- Varetage egen hygiejne
- Varetage egen påklædning
- Spise
- Drikke
- Dyrke sex
- Sove
- Hente tøj frem fra skabe og skuffer
- Åbne og lukke hæfter
- Tage tøj af og på
- Åbne beholdere
- Hælde væsker op
- Benytte toilettet
- Vaske sig
- Børste tænder
- Ordne negle
- Barbere sig
- Lægge make-up
- Tage medicin

Funktionel mobilitet

- Bevæge sig uproblematisk omkring
- Gå
- Vende sig i sengen
- Flytte sig fra en kørestol
- Komme ned i og op fra badekarret
- Gå på trapper
- Stige ind i og ud af biler/taxaer
- Stå-/gå-udholdenhed

At klare sig som forbruger og samfundsborger

- Komme omkring i eget transportmiddel
- Komme omkring med offentlige transportmidler
- Varetage kommunikation med andre
- Varetage egen økonomi
- Varetage administration af hjemmets vedligeholdelse
- Køre bil
- Køre med bus eller tog
- Bruge en telefon
- Bestille ydelser, f.eks. VVS
- Lave aftaler
- Lægge budget
- Betale regninger
- Håndtere penge, give tilbage
- Udfylde selvangivelse

Produktive aktiviteter

Lønnet/ulønnet arbejde

- Varetage og passe sit arbejde
- Lede efter job
- Udarbejde et CV
- Aftale jobsamtale
- Deltage i jobsamtaler
- Vælge job
- Arbejde det forventede antal timer
- Lære nye opgaver
- Administrere ansvar
- Forholde sig til kollegaer
- Overholde sikkerhedsregler
- Komme til tiden
- Klare problemer og konflikter

Husligt arbejde

- Passe hjemmet
- Lave mad
- Gøre rent
- Handle
- Vaske tøj
- Passe børn
- Købe ind
- Planlægge måltider
- Følge en opskrift
- Rydde af bordet
- Vaske op
- Rydde op i køkkenet
- Støve af og tørre møbler af
- Feje gulve
- Bruge en støvsuger
- Bære affald ud
- Gøre rent på badeværelset
- Stryge
- Mindre reparationer, f.eks. skifte pærer

Husligt arbejde

- Passe sin skolegang
- Lege
- Udforske og håndtere genstande
- Klatre, kaste, løbe, springe
- Lege med jævnaldrende
- Lege sociale lege
- Dele og skiftes i lege og opgaver
- Deltage i sportsaktiviteter
- Rollespil, fantasilege
- Kreative udtryk
- Være adskilt fra forældre
- Tegne, klippe, klistre
- Skrive
- Trække fra, gange etc.
- Redegøre sprogligt
- Huske opgaver
- Lave lektier
- Tage noter

Fritidsaktiviteter

Stillesiddende fritidsaktiviteter

- Lytte til musik
- Se TV
- Læse bøger, aviser, tidsskrifter
- Strikke, sy, hækle
- Beskæftige sig med hobbyer, samlinger
- Kreative aktiviteter, medier
- Spille kort, brætspil

Fysisk aktive fritidsaktiviteter

- Deltage i sportsaktiviteter
- Passe et kæledyr
- Gå i biografen, teatret
- Gå på restaurant
- Gå på bar, natklub
- Køre, tage på udflugt
- Tage i parken, på stranden, på legepladsen
- Gå til gudstjeneste
- Gå på kurser
- Gå på museer eller biblioteker
- Rejse
- Deltage i sportsarrangementer

Sociale aktiviteter

- Besøge venner/familie
- Tale i telefon
- Gå til fest
- Holde fest
- Skrive breve
- Planlægge sociale aktiviteter
- Deltage i gruppeaktiviteter

Bilag B: Hyppigt Stillede Spørgsmål

Sp. Hvornår er det bedste tidspunkt at bruge COPM med mine klienter?

COPM virker godt i en indledende undersøgelse. Det anslår tonen for den terapeutiske relation og viser klienten, at I vil samarbejde som partnere. COPM er et interview og kan give en struktur, der er i overensstemmelse med den Canadiske Model for Aktivitetsudøvelse (CMOP) til et indledende klient-interview. Det vil give dig en fornemmelse af omfanget af de problemer, der bekymrer klienten.

Sp. Behøver jeg dække alle disse områder i løbet af ét interview?

Nej, det gør du ikke. Prøv at gøre processen så naturlig som muligt. Du skal sikre, at I har talt om det, der er vigtigt for klienten, men behøver ikke nødvendigvis dykke ned i alle områderne første gang. I kan vælge at fortsætte interviewet næste gang, I ses.

Det er vigtigt at huske, at det er klientens perspektiv, der er i centrum for COPM. Hvis han/hun ikke synes, at noget er et problem, uanset at du gør det, skal du ikke forfølge det yderligere under COPM-interviewet. Det er muligt, at du foretrækker at notere dette og diskutere det yderligere med klienten på et andet tidspunkt.

Sp. Hvad hvis klienten udpeger problemområder, han/hun gerne vil arbejde med, som jeg opfatter som uhensigtsmæssigt?

COPM baseres på en klientcentreret tilgang; per definition er det klientens opfattelse af problemområder, der identificeres. Denne vurdering er kun én del af den samlede terapeutiske proces. Måske kan du diskutere med klienten, om de mål, han/hun har defineret, er realistiske.

Sp. Hvad hvis jeg er bange for, at klienten kan komme til skade ved ikke at have identificeret et problem, der kan indebære en sikkerhedsrisiko?

Igen, du vil så være nødt til at diskutere dine bekymringer med denne klient og/eller omsorgsperson som en del af den ergoterapeutiske proces med at erkende og tage hånd om sikkerhedsrisici. Du kan beslutte at arbejde med et problem, som klienten ikke har identificeret, men det er alene klient-identificerede problemer, der fremgår af COPM.

Sp. Hvordan kan jeg være sikker på, at klientens svar er sandfærdigt?

Det kan du ikke være sikker på, men som udgangspunkt må du acceptere det, klienten har sagt. Hvis der senere dukker bevis op for det modsatte, vil du muligvis gerne diskutere dette med klienten.

Sp. Hvad hvis en persons opfattelse af, hvad han/hun gør, er 'fordrejet'?

At afsige domme om en persons indsigt niveau er et vanskeligt område. Vi må være meget omhyggelige med ikke at basere den slags vurderinger på vore egne værdier. Anvendelsen af COPM har peget på, at klienter ofte har strålende indsigt i egne problemer med aktivitetsudøvelse. Hvis klientens indsigt virkelig udgør en bekymring, kan det at gennemføre COPM sammen med andre i klientens omgivelser bidrage til at underbygge bekymringen, eller give et mere omfattende billede af klientens behov.

Sp. Hvad gør jeg, hvis klienten ikke selv kan svare på spørgsmålene, for eksempel et mindre barn eller en klient med kognitive forstyrrelser?

Det er vigtigt at høre alle klienters synspunkter, så vi vil foreslå, at du forsøger med COPM først. COPM er blevet anvendt med succes på børn helt ned til otteårsalderen. Hvis det ikke er muligt at lave COPM sammen med en klient, så forsøg med alternativer. I den slags situationer er det vigtigt at afklare følgende: Hvem er klienten? Hvem kommer til at arbejde sammen med dig om interventionen? Er det den identificerede klient eller måske omsorgspersonen, en forælder, ægtefælle, lærer, sygeplejerske etc.? Det kan være nødvendigt for dig at tænke bredere rundt omkring klienten. COPM kan anvendes sammen med omsorgspersoner, men husk, at du finder frem til deres perspektiv og problemområder, ikke klientens. Svarpersonerne bør instrueres i at overveje klientens behov i deres beskrivelse af hans/hendes problemområder og forventninger.

COPM er udgivet i en dansk version med fokus på identifikation af de mindste børns aktivitetsproblemer af Thorvaldsdottir, S., Pedersen, B.F., & Lauridsen, G.H. Oktober 2007. Kan findes på Etf's hjemmeside.

Sp. Hvad hvis klienten identificerer problemer, som jeg er ude af stand til at tilbyde hjælp til?

Det kan ske og vil give dig lejlighed til at erkende, at problemet findes og give klienten besked om, at du vil følge op på det, måske ved at henvise til en anden faggruppe eller institution. Lad være med at føle dig personligt ansvarlig for at tage dig af alle de områder, der kan blive udpeget.

Sp. Hvordan bruger jeg COPM i forbindelse med meget kortvarige interventioner (f.eks. at udstyre en patient med en postoperativ skinne eller medvirke ved lejring af en bevidstløs, hjerneskadet patient)?

Den slags aktiviteter er muliggørende aktiviteter, som forbereder aktivitetsudøvelse. Det kan være u hensigtsmæssigt at anvende COPM i disse situationer, da dit fokus her er på at reducere eller forebygge funktionsforstyrrelse snarere end på klientens aktivitetsudøvelse.

Sp. Kan jeg interviewe mere end én person?

Absolut. Den situation kan være særdeles værdifuld for interventionsforløbet. Du kan for eksempel vælge at interviewe klienten og en eller flere omsorgspersoner og så sammenligne resultaterne. COPM kan fungere som et værdifuldt kommunikationsredskab og kan anvendes til at afstemme målsætninger med klienterne i løbet af interventionen. Ved afslutningen af Trin1 skulle ergoterapeuten gerne være nået frem til et udførligt billede af de aktivitetsområder, som er vigtige for klienten.

Sp. Hvordan får jeg tid til at gennemføre COPM med mine klienter? Jeg har et virkelig tæt arbejdsprogram og har simpelthen ikke tid?

COPM skulle gerne spare dig tid i det lange løb. Til at begynde med kan det godt tage længere tid, men ved tydeligt at fokusere din intervention på emner, der er vigtige for klienten, vil du kunne begrænse overflødige undersøgelser, få en mere målrettet behandlingsplan, og få en klient, der er mere motiveret til at deltage i interventionen. COPM kan ofte erstatte nogle af de procedurer, du gør brug af nu, når du møder en ny klient.

Sp. Nogle af mine klienter har problemer med vurderingsskalaen. Hvordan kan jeg hjælpe dem?

Ideen om at bedømme ens aktivitetsudøvelse på en talrække er vanskelig for nogle klienter. Derfor kan det være nødvendigt at bruge lidt tid på at illustrere det med eksempler for at få fat på ideen om vurdering på en skala (f.eks. mere konkrete eksempler som at bedømme kunstsøjteløb ved OL). Brug endelig en hvilken som helst formulering, der kan hjælpe klienten til at forstå begrebet 'vigtighed'.

Sp. Hvad betyder scorerne? Hvordan kan jeg bruge dem?

COPM er designet som et resultatmålingsredskab, og som følge deraf anvendes scorerne, så man kan lave en sammenligning ved revurderingen. Til forskel fra nogle normbaserede test, hvor man sammenligner klientens score med en populationsnorm, er COPM et individualiseret måleredskab, så klientens scorer sammenlignes med hans/hendes egne revurderingsscorer.

Sp. Hvordan anvender jeg de samlede scorer?

Ved at lægge scorerne for hvert problem sammen og så dividere med antallet af problemer fås gennemsnitsscoren for hvert område. Disse scorer giver en sammenfatning og kan være af interesse for dig og dine klienter. Mere typisk vil de være anvendelige til evaluering af interventionsprogrammet, kvalitetsforbedring og forskningsaktiviteter, hvor interessen retter sig mod mere summative målinger af forandring. Der er to vigtige overvejelser, når man fortolker gennemsnitsscorerne. Der kan være tidspunkter, hvor målingerne antyder, at udførelsen eller tilfredsheden aftager hen over en periode (f.eks. kan et forøget indsigt niveau forårsage, at klienterne vurderer sig selv lavere i forhold til en aktivitet ved revurderingen). At lægge negativ og positiv forandring sammen kan være vildledende. Du kan så overveje at se på de to hver for sig. En anden problemstilling opstår, når man lægger scorer sammen på tværs af aktivitetsområder. De identificerede problemtyper kan variere i kompleksitet (f.eks. at snøre sine sko over for at finde et nyt job). Det giver ikke nødvendigvis megen mening at lægge scorer sammen på tværs af en række forskellige problemer, da meget af betydningen vil gå tabt. Det giver mere relevant information at lede efter tilvækst eller nedgang fra Tid1 til Tid2-vurderingerne for hvert enkelt problem.

Sp. Hvis der er en, der vælger at arbejde med et bestemt problem, men alligevel giver sig selv 8 eller 9 for udførelse og en tilsvarende vurdering af tilfredshed, hvad gør man så?

Et forslag er, at du så spørger klienten, om han/hun har forstået vurderingsskalaerne. Forklar, at vedkommende har markeret, at han/hun udfører den aktivitet særdeles godt og er ganske tilfreds med udførelsen. Yderligere samtale kan måske bidrage til at afklare, om disse mål i virkeligheden er dem, klienten ønsker at arbejde hen imod.

Sp. Hvad skal jeg gøre med alle de øvrige undersøgelser, som jeg normalt laver med mine klienter?

Det er ikke meningen, at COPM skal erstatte alle andre undersøgelser. Meningen med COPM er at fokusere på aktivitetsproblemer og på en klientcentreret fremgangsmåde. Så snart klienten har udpeget nogle problemområder, kan det være nødvendigt at undersøge nogle udøvelseskomponenter og miljøet yderligere for at forstå, hvorfor klienten oplever disse aktivitetsproblemer og for at afgøre, hvorledes ergoterapiinterventionen herefter skal forløbe.

SP. Skal man absolut færdiggøre vurderingerne?

Nej, man kan vælge kun at gennemføre interviewdelen af COPM. Dette vil hjælpe dig med at samle oplysninger om klientens aktivitetsudøvelse i hverdagen, men uden vurderingerne vil du og klienten ikke få en fornemmelse af klientens prioriteringer, et grundlag for at sætte mål for interventionen eller en metode til at måle resultatet af interventionen.

Sp. Hvordan afgør jeg, hvornår det er tid til revurdering?

Det skulle helst være en fælles beslutning mellem dig og klienten, og der skal helst fastsættes en forventet dato for revurdering ved terapiens begyndelse. Revurderingen kan foregå tæt på interventionens afslutning eller, når der er indtruffet en markant forandring. Klienten føler måske, at nogle af problemerne er løst, og han eller hun er så klar til at vende sig mod nogle nye, eller du vil måske gerne kontrollere interventionens fremskridt mere formelt. COPM kan gennemføres så ofte, det giver mening.


Sp. Skal man være ergoterapeut for at anvende COPM, eller kan et andet team-medlem anvende det?

Der har været adskillige forespørgsler angående brugen af COPM til et teams visiterende undersøgelse eller andre faggruppers anvendelse af redskabet. COPM egner sig godt til indkredsning af klientens prioriteringer og aktivitetsmål, hvilket er interessant for alle medlemmer af et sundhedsfagligt team. Faggruppernes forskelligheder vil vise sig i de videre undersøgelser af de identificerede områder og i de interventionsstrategier, der anvendes for at nå disse mål.

Sp. Hvad hvis klientens prioriteringer har ændret sig på revurderingstidspunktet?

Det er noget, der ofte sker, idet interventionsprocessen kan medføre, at prioriteringerne ændrer sig. Det er vigtigt at afslutte den ergoterapeutiske arbejdsproces med at revurdere de problemer, der blev udpeget i den oprindelige undersøgelse, men derefter kan en ny COPM-undersøgelse jo gennemføres, hvor nye prioriteringer identificeres.

Bilag C: 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 færdien. COPM undersøger tre aspekter af egenomsorgsaktiviteter: Personlig pleje, funktional mobilitet og det at klare sig som forbruger og samfundsborger

AKTIVITETENS VIGTIGHED	VURDERING
Personlig pleje	Egen omsorg med et rimeligt tidsforbrug
Funktional 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	VURDERING
Lønnet eller ulønnet arbejde	At kunne passe et arbejde
Husligt arbejde	At holde trit med sin datter, forholdet til datteren
Skole/uddannelse og leg	

FRITIDSAKTIVITETER

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

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

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	Tid 1		Tid 2	
		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