

Bijlagen

Begrippenlijst

1. Probleemanalyse
2. Zoekverslag cyclus 1
3. Zoekschema cyclus 1
4. Zoekschema cyclus 2
5. Zoekverslag cyclus 2
6. Toelichting scoren gegevensanalyse cyclus 2
7. Resultatentabel cyclus 1
8. Gegevens van afzonderlijke instrumententabel
9. Artikelen database search cyclus 2
10. Conclusie Amstar

Begrippenlijst

Activiteitsniveau⁵

Uitvoering van taken of basisvaardigheden door een individu (Cup & Kinébanian, 2012, p. 196).

Betrouwbaarheid²⁴

Betrouwbaarheid wordt door Mokkink et al. (2012, p. 9) gedefinieerd als “the degree to which the measurement is free from measurement error”. Door Beurskens et al. (2008) wordt het gedefinieerd als “de mate van herhaalbaarheid van een instrument”. Hiermee wordt bedoeld dat bij herhaalde meting dezelfde uitkomst wordt gemeten en deze vrij is van toevallige meetfouten.

Cliënt⁹

De cliënt is een persoon (kind, volwassene of oudere inclusief zijn systeem), een organisatie of een populatie met een (dreigend) probleem op het gebied van handelen en/of participatie (Le Grange & Kuiper, 2012, p. 211). In dit onderzoek wordt een cliënt gezien als een kind tussen de 0-18 jaar met een mitochondriële aandoening en zijn/haar systeem.

COPM²⁰

Een geïndividualiseerd cliënt gecentreerd meetinstrument om verandering in het cliëntperspectief ten aanzien van het handelen vast te leggen in de tijd. Het is ontwikkeld als evaluatie-instrument om de effectiviteit van de interventie te meten (Law et al., 2005)

Cognitieve beperkingen³⁰

Wanneer er beperkingen zijn in (het ontwikkelen) van het verstand: opnemen en verwerken van kennis, waarnemen, denken, taal, bewustzijn, geheugen, aandacht, concentratie enzovoort (Hartingsveldt & Houten, 2012 p. 288).

CAPE/PAC¹⁹

De CAPE en PAC zijn in combinatie te gebruiken.

De CAPE is een vragenlijst met 55-items om te onderzoeken hoe kinderen en jongeren deelnemen aan dagelijkse activiteiten buiten hun schoolse activiteiten om. De CAPE geeft informatie over vijf dimensies van deelname. Dit omvat mede de diversiteit (aantal gedane activiteiten), intensiteit (frequentie van deelname van een aantal mogelijke activiteiten, gemeten binnen een categorie) en het genot van de activiteiten. Het geeft ook informatie over de context waarin kinderen en jongeren deelnemen aan deze activiteiten (d.w.z. met wie en waar ze deelnemen). De CAPE bevat 55 dagelijkse activiteiten met betrekking tot kinderen buiten de schoolse activiteiten om (King et al., 2004).

Bij de PAC wordt aan het kind gevraagd wat hij/zij weer graag wil doen in de maatschappij (identificeren van een activiteit). Er worden telkens drie verschillende activiteiten getoond, waarbij het kind aan de hand van kaartjes met gezichtsuitdrukkingen (glimlach, frons en neutraal) kan laten zien hoe hij/zij de activiteit vindt (King et al., 2004).

Doelgroep⁷

De doelgroep is kinderen (0-18 jaar) met mitochondriële aandoeningen.

Energetische beperkingen³¹

Beperkingen die zich voordoen door een tekort aan energie in het lichaam. Hiermee wordt bedoeld dat de belastbaarheid al verlaagd is aan het begin van een taak. De oorzaak is dan ook niet de voorafgaande inspanning, maar is het gevolg van andere biologische processen (een verandering in het DNA, is de oorzaak van een mitochondriële aandoening) die de algemene toestand beïnvloeden. Dit is wat anders dan vermoeidheid, omdat dit wordt omschreven als een natuurlijk fysiologisch verschijnsel dat optreedt tijdens belasting van een fysiologisch systeem. Energetische beperkingen kunnen de capaciteit van een fysiologisch systeem in ongunstige zin beïnvloeden (Verstappen, 2012).

Foto-interview¹⁸

Het foto-interview bestaat uit ongeveer 100 foto's die zijn ondergebracht in vier categorieën; zelfverzorging, school/huistaken, sport/beweging en hobby. Daarbij behoren beoordelingskaartjes waarmee het kind per foto/activiteit kan aangeven of: 1. de activiteit in zijn/haar dagelijks leven voorkomt hoe belangrijk hij/zij het vindt om de betreffende activiteit te verbeteren (belangrijk) hoe goed de activiteit zelfstandig uitgevoerd wordt, of 2. er hulp bij nodig is (uitvoering) hoe tevreden het kind is over de manier waarop het nu gaat (tevredenheid) tot slot wordt er met een toverkaart aan het kind gevraagd: stel dat je kon toveren, wat zou er dan voor jou morgen, bij deze activiteit, veranderd zijn? (Duijse, Hoogerwerf, de Hoop, 2009).

Functieniveau¹⁵

Fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme (Cup & Kinébanian, 2012, p. 196)

Handelen²²

Een activiteit of verzameling van activiteiten die uitgevoerd worden met een zekere regelmaat en als zodanig structuur aanbrengen en waar door personen en hun cultuur een bepaalde waarde aan en betekenis aan toegekend wordt. (Cup & Kinébanian, 2012, p. 201)

ICF-CY model²⁸

'In dit model wordt het functioneren van kinderen beschreven vanuit verschillende perspectieven: op het niveau van lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen van het lichaam (Body structures and functions), activiteiten (Activity) en participatie (Participation)' (WHO, 2011).

Keuzevrijheid²⁶

Onder keuzevrijheid wat betreft activiteit wordt verstaan dat het kind, ouder of therapeut kan kiezen welke activiteit die uitvoert. Onder keuzevrijheid wat betreft werkwijze wordt verstaan, dat het kind zelf mag bepalen op welke manier hij of zij handelingen uitvoert.

Kwaliteit van uitvoering van activiteiten¹

De mate van zelfstandigheid, effectiviteit, efficiëntie en inspanning tijdens het uitvoeren van een activiteit (Fisher, 2003). Dit staat toegelicht in het theoretisch kader van dit onderzoek.

Kinderen met mitochondriële aandoeningen¹⁰

Zie 'mitochondriële aandoeningen'.

Motorische beperkingen²⁹

Een beperking die het bewegingsapparaat beïnvloedt. Hierdoor is de bewegingsmogelijkheid van een persoon verstoord, waardoor er problemen ontstaan in zijn handelingen en/of bewegingen. Dit heeft invloed op het (voort)bewegen, zitten, lopen, veranderen van houding en balans. De beperking kan ontstaan door lichaamsdelen die niet volgroeid of beschadigd zijn, of doordat lichamelijke functies verstoord zijn (Verstappen, 2012) (Encyclo, 2016a).

Mitochondriële aandoeningen²

Een mitochondriële aandoening is een progressieve, slopende, ongeneeslijke ziekte die wordt veroorzaakt door een mutatie in de genen die de mitochondriële processen aansturen (Codier. & Codier, 2014). Het voornaamste doel van de mitochondriën is de productie van adenosine trifosfaat (ATP). Bij mitochondriële aandoeningen is de productie van ATP verstoord, waardoor de cellen tekort aan energie hebben. Door deze mutatie in de genen kunnen meer dan 400 verschillende mitochondriële syndromen veroorzaakt worden. De verzamelnaam voor deze syndromen is mitochondriële aandoeningen (Dassler & Jackson Allen, 2014, p. 151).

MITO-route³

Mitochondriële aandoeningen-route, een route binnen het Radboudumc welke is ontwikkeld voor de diagnostiek bij kinderen (0-18 jaar) met mitochondriële aandoeningen (RCMM, 2016).

Multidisciplinair¹³

Een samenwerking van verschillende disciplines, waarbij verschillende professionals betrokken zijn bij één cliënt (Kanis & Ammeraal, 2012).

Orgaanniveau¹⁵

Het niveau van functioneren van organen in het lichaam. Een orgaan is een uit verschillende weefsels samengesteld onderdeel van het lichaam met een specifieke functie en is onderdeel van een stelsel met dezelfde lichaamsfunctie, bijvoorbeeld bloedsomloop, ademhalingsstelsel (Verstappen, 2012).

Participatieniveau⁶

Persoonlijke betrokkenheid in levenssituaties die betrekking hebben op wonen/zorgen, leren/werken of spelen/vrije tijd, ook vertaald als deelnemen aan het maatschappelijk leven (Cup & Kinébanian, 2012, p. 196)

Participatiesamenleving¹¹

Een participatiesamenleving is een samenleving waarin iedereen die dat kan verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen leven en omgeving, zonder hulp van de (landelijke) overheid (Encyclo.nl, 2016b).

Patiënt¹⁴

Zie cliënt

PEDI²¹

Gestructureerd interview met drie dimensies: vaardigheden, hulpbehoefte en wijzigingen, onderverdeeld in zelfverzorging, mobiliteit en sociale vaardigheden. De vaardigheden worden gemeten aan de hand van 'wel' of 'niet' toe in staat (Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, Andrellos, 1992).

Persoonsgerichte zorg¹⁷

Persoonsgerichte zorg houdt in dat de zorg en ondersteuning passen bij de persoon die de cliënt is. Het sluit aan bij concepten van gezondheid die een levensbrede visie hanteren; levensbreed betekent dat zowel lichamelijke mogelijkheden en beperkingen, geestelijk welzijn en iemands sociale rol betrokken worden om de kwaliteit van leven te bevorderen. Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijke voorwaarde om persoonsgerichte zorg te kunnen waarmaken. Persoonsgerichte zorg houdt zich niet aan wettelijke grenzen of beroepsdefinities; immers, een levensbrede visie gaat uit van de persoon als één geheel.” (Zorginstituut Nederland, 2015).

Prestatiemaatschappij¹²

Je bent wat je presteert. Niet alleen inkomen, maar ook identiteit ‘verdien’ je door de mate van succes. Voor het bereiken van dat succes wordt druk zijn als randvoorwaarde ervaren (Putten, 2015).

Radboudumc⁴

Het Radboudumc is een universitair medisch centrum in Nijmegen. Voor het centrum is de mens en zijn of haar kwaliteit van leven het vertrek- en eindpunt (Radboudumc, 2016).

Realiteitswaarde²⁷

Bij de realiteitswaarde wordt er gekeken of het instrument kan worden afgenomen in de eigen context van het kind. Onder eigen context wordt verstaan: de plek waar het kind de activiteit normaal gesproken uitvoert (bijvoorbeeld schoolse vaardigheden op school, wassen in de badkamer thuis). Er kan een verstoring in het handelen optreden door belemmeringen vanuit de context. Bijvoorbeeld dat het initiatief tot uitvoering van activiteiten niet meer mogelijk is, doordat de keuze tot betekenisvolle activiteiten voor het individu ontbreekt (Nes & Heijmans, 2012 p. 272).

Responsiviteit²⁵

Responsiviteit gaat over de mate waarin een meetinstrument in staat is opgetreden veranderingen te meten (Beurskens et al., 2008). Dit is belangrijk bij het evalueren van behandelingen of bij het controleren en hermeten van een situatie.

Validiteit²³

Validiteit wordt door Mokkink et al. (2012) gedefinieerd als “The degree to which an HR-PRO instrument measures the construct(s) it purports to measure”. HR-PRO (Health- Related Patient-Reported Outcomes) betekent gezondheid gerelateerde en gerapporteerde uitkomsten van de patiënt (Mokkink et al., 2012). Hierbij gaat het niet over hetgeen wat de patiënt zelf rapporteert, maar wat het instrument meet van de patiënt.

Validiteit wordt in het algemeen gedefinieerd als “de mate waarin het meetinstrument meet wat het beoogt te meten” (Beurskens et al., 2008).

World Health Organisation⁸

De organisatie van de VN die zich bezig houdt met inventariseren en coördineren van verbeteren van de wereldgezondheid (World Health Organisation, 2016).

Bijlage 1 Probleemanalyse

Macroniveau

Voor het schrijven van het macroniveau is er gebruik gemaakt van de DESTEP-methode. Dit is een methode die al vaker gebruikt is door de junior onderzoekers en een methode die een duidelijk beeld geeft van de omgeving van het project (Muilwijk, 2015)

Demografische gegevens

1 op de 5000 kinderen heeft een mitochondriële aandoening (Martens et al., 2014). De leeftijd waarop de eerste symptomen naar voren komen bij kinderen met mitochondriële aandoeningen is de sterkste indicatie die de mortaliteit ervan voorspelt. Het verloop van de ziekte is progressief en een substantieel aantal kinderen met mitochondriële aandoeningen sterven voor hun puberteit (Debray, Lambert, Chevalier, 2007). Er is geen exact getal te bepalen, aangezien het altijd afhankelijk is van welke groep met mitochondriële aandoeningen je onderzoekt, omdat er een hele brede spreiding is qua ernst en variatie in symptomen.

Economische gegevens

In 2011 werd 89,4 miljard euro aan zorg uitgegeven in Nederland. Daarvan kon 67,3 miljard (75,3%) aan een ziekte worden toegeschreven. Van de overige 22,1 miljard was 9,3 miljard (10,4%) aan een ziekte gerelateerd, maar ontbraken gegevens voor een toewijzing aan een specifieke ziekte. In 2011 ging 2,7% van de totale zorgkosten naar de groep waar mitochondriële aandoeningen onder valt. Dit zijn endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten. Dit is 2.410 miljoen euro (Nationaal Kompas, 2014).

Sociaal-culturele gegevens

Er is een patiëntenorganisatie (VKS, www.stofwisselingsziekten.nl) voor patiënten met stofwisselingsziekten, waar mitochondriële ziekten onder vallen, en er is ook aandacht en mogelijkheid tot lotgenotencontact. Ook zijn er verschillende webpagina's, die toegespitst zijn op het aanbieden van informatie aan cliënten over deze aandoening, zoals www.mitoinfo.nl en www.erfelijkheid.nl/ziektes/mitochondriale-ziekten.

Technologische-wetenschappelijke gegevens

Door de ontwikkeling in de technologie is er in de afgelopen tijd meer duidelijkheid gekomen in waar de cliënten mee worstelen. Bij mitochondriële ziekten zijn vaak meerdere organen en lichaamsdelen die te lijden hebben onder de ziekte (Mito Info, 2014). Dit is ook de reden dat er weinig onderzoek is gedaan naar mitochondriële ziekten en het gebied van ergotherapie. Wetenschappelijk onderzoek wordt er gedaan op eiwit, molecuul en gen niveau. Doordat er bijvoorbeeld op meer dan 230 verschillende genen een defect kan zitten zijn de uitingen ook heel verschillend. Hierdoor is er niet veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, gelinkt aan ergotherapie.

Ecologische gegevens

De zorg voor het milieu is de laatste jaren veel belangrijker geworden. Dit onderzoek zal weinig tot niet belastend zijn voor het milieu.

Politieke gegevens

Sinds de troonrede van koning Willem-Alexander (Rijksoverheid, 2013) in 2013 is het begrip participatiesamenleving in Nederland een veelvoorkomend begrip geworden.

Participatiesamenleving wil zeggen dat burgers actief deelnemen aan de samenleving. Voor kinderen met mitochondriële ziekten betekent dat onder anderen naar school gaan.

Alle kinderen moeten een plek krijgen op een school die past bij hun kwaliteiten en mogelijkheden. Ook als zij extra ondersteuning nodig hebben. (Rijksoverheid, z.d. C)

De ondersteuning is tegenwoordig een taak van de gemeenten. 'Gemeenten hebben de plicht om jeugdhulp en ondersteuning te bieden. Bijvoorbeeld aan jongeren met een beperking, stoornis, aandoening of opgroei problemen. Om aan deze plicht te kunnen voldoen beschikken gemeenten over beleidsplan en een verordening' (Rijksoverheid, 2015).

Mesoniveau

Om een duidelijk beeld te schetsen van het mesoniveau is er gebruik gemaakt van het ABCD-model. In dit model worden de onderwerpen: afnemers; bedrijfstak; concurrenten en distributie kort beschreven (Knoot, z.d.). Dit model biedt de mogelijkheid om snel en efficiënt het mesoniveau in kaart te brengen.

Afnemers

Binnen het Radboudumc is er een MITO-route ontwikkeld voor de diagnostiek van kinderen met mitochondriële aandoening (RCMM, 2016 A). Patiënten worden vaak gediagnosticeerd en gecontroleerd in het Radboudumc vanwege de medische expertise die er op dit vakgebied is.

Er zijn ongeveer 150 patiënten bekend bij de MITO-route, welke jaarlijks terug komen bij het Radboudumc.

Bedrijfstak

Het Radboudumc biedt patiënten topklinische zorg (RCMM, 2016 B). Daarnaast heeft zij een belangrijke taak in het vergroten en verspreiden van kennis, dit doet zij door het verlenen van onderwijs en het doen van onderzoek. Binnen het Radboudumc is er een onderzoeksgroep die gericht is op mitochondriële aandoeningen. De RCMM, de Radboud Center of Mitochondrial Medicine, is een internationaal expertisecentrum voor klinische zorg, diagnostiek en onderzoek. De RCMM doet onderzoek op allerlei niveaus; namelijk van gevolgen op moleculair en fysiologisch niveau tot toegangspunten voor therapie.

Concurrenten

In Rotterdam in het Erasmus MC bevindt het NeMo (neuromusculaire en mitochondriële aandoeningen) expertise centrum. Ook hier wordt het diagnostische traject doorlopen met een patiënt (met een verdenking) van mitochondriële aandoeningen (ErasmusMC, 2016). Verschillen met het Radboudumc zijn dat NeMo de diagnostiek inzet op zowel neuromusculaire als mitochondriële aandoeningen. Ook heeft het Radboudumc een aparte onderzoeksgroep, de RCMM. Dit is een grotere onderzoeksgroep dan bij het Erasmus MC.

Distributie

De MITO-route is een multidisciplinaire opname waarin de patiënt het diagnostisch traject doorloopt. Kinderen van 0 tot 18 jaar met een mitochondriële aandoening volgen de MITO-route. Door middel van de MITO-route wordt er in kaart gebracht wat de gevolgen van de aandoening zijn op orgaanniveau, en op gebied van functie, activiteit en participatieniveau. Hierdoor is het mogelijk om ondersteuning op maat te bieden aan de patiënten. Binnen de MITO-route hebben diverse disciplines een plek; zoals interne geneeskunde, revalidatiegeneeskunde, paramedische disciplines, psychologie en medisch maatschappelijk werk. Na de diagnostische fase en controles gaan de patiënten vaak voor therapie en behandeling naar professionals in de directe omgeving van de patiënt.

Microniveau

Doelgroepanalyse

De omschrijving van de doelgroep is gevormd door observatie van een kind binnen de MITO-route, gesprekken met de kinderergotherapeut van het Radboudumc die werkt met kinderen met mitochondriële aandoeningen en literatuur.

Prevalentie

Mitochondriële ziekten komen voor bij ongeveer bij 1 op de 5000 mensen; zowel kinderen als volwassenen worden hieronder gerekend. (Martens et al., 2014)

Oorzaak

Wanneer er wordt gesproken over een mitochondriële aandoening hebben we het over een storing in het DNA (genetisch bepaald), waardoor mitochondriële processen worden verstoord. De aandoening zorgt ervoor dat bepaalde lichaamscellen niet voldoende van energie worden voorzien. Hierdoor kunnen verschillende organen (afhankelijk van de plaats van het defect op het DNA) langzamer of onvoldoende functioneren.

De klachten en levensverwachting bij kinderen met mitochondriële aandoeningen zijn ontzettend divers. De variatie in klachten komt voort uit welke organen minder functioneren en hoe de ziekte zich uit (intensiteit). (Smeitink et al., 2006) Het verloop van de ziekte is progressief en een substantieel aantal kinderen met mitochondriële aandoeningen sterven voor hun puberteit. (Debray et al., 2007) Bij een biochemische (niet ontstaan tijdens de zwangerschap, maar daarna) aanleiding van de ziekte spreekt men niet van een mitochondriële aandoening maar van een mitochondriële stoornis.

Symptomen

Bij mitochondriële ziektes zijn er uiteenlopende klachten, deze zijn weergegeven in onderstaande tabel.

• Zwakke spieren • Spierkramp • Vermoeidheid • Migraine • Slikproblemen • Groei problemen • Epilepsie	• Oogklachten • Verminderd gehoor • Hartproblemen • Problemen met de lever • Ontwikkelingsachterstand • Darmklachten • Nierproblemen
---	--

(Radboudumc, z.d.)

Vanuit informatie die komt van de kinderergotherapeut die binnen de MITO-route werkt, worden nog enkele kenmerken van de doelgroep, kinderen met mitochondriële aandoeningen, benoemd. Deze kenmerken zijn ook (deels) in de literatuur te vinden, maar zijn specifiek door de kinderergotherapeut binnen het Radboudumc aangegeven.

Binnen de doelgroep, kinderen met mitochondriële aandoeningen, zijn er zeer verschillende niveaus van functioneren. De kinderergotherapeut geeft aan dat dit varieert van kinderen met zeer beperkte mogelijkheden (alleen kunnen kijken of knippen met de ogen) tot kinderen waarbij uiterlijk geen problemen waarneembaar zijn. Ook wordt aangegeven dat een groot gedeelte van de kinderen die in de MITO-route gezien worden, wel activiteiten kunnen doen, maar deze kortdurend kunnen uitvoeren door vermoeidheid.

Zowel motorische als cognitieve beperkingen komen tot uiting bij kinderen met mitochondriële aandoeningen. Zo valt er te denken aan een kind dat zich wel zelf kan aankleden, maar hierover een half uur doet als gevolg van motorische onrust. Daarnaast zijn er kinderen die cognitief zijn aangedaan en speciaal onderwijs volgen. De cognitie van het kind kan in de loop van de tijd achteruit gaan. Al met al is er dus grote variatie qua uiting van mitochondriële aandoeningen bij kinderen, ook m.b.t. de ernst van motorische of cognitieve aandoeningen.

Typische kenmerken die de kinderergotherapeut terugziet bij kinderen met mitochondriële aandoeningen:

1. Er treedt snel vermoeidheid op, een kind kan een activiteit niet lang volhouden. De duur van activiteiten is daardoor beperkt.
2. De motorische ontwikkeling van kinderen verloopt minder snel bij kinderen die ernstiger zijn aangedaan.

Invloed op dagelijks leven

Al deze klachten hebben invloed op de kwaliteit van het leven van het kind en zijn omgeving. Zo wordt in het artikel van Martens et al. beschreven dat ervaring leert dat kinderen met mitochondriële aandoeningen minder actief zijn om symptomen als spierpijn en vermoeidheid te vermijden. Inactiviteit zal vervolgens leiden tot een negatieve spiraal waarbij er een vermindering ontstaat van inspanningscapaciteit en symptomen juist eerder ontstaan of verergeren. Uit de conclusie komt ook voort dat kinderen met mitochondriële aandoeningen minder lichaamsbeweging hebben dan kinderen die gezond zijn. Dit wordt ook door de kinderergotherapeut bevestigd.

Zij geeft ook aan dat er impact is op het doen van activiteiten. Voor het kind zelf is het belangrijk om mee te kunnen doen met andere kinderen.

Ergotherapie

Ergotherapie binnen de MITO-route houdt zich voornamelijk bezig met het in kaart brengen van de impact van de mitochondriële aandoeningen op het dagelijks handelen. De twee ergotherapeuten die werkzaam zijn in de MITO-route brengen het activiteiten- en participatieniveau van het kind in kaart. Uiteindelijk geven zij advies aan andere professionals en de ouders. In het verleden werden de volgende meetinstrumenten gebruikt om het niveau van het handelen van het kind te beoordelen: de nine hole peg test en VMI. Het handelen van de kinderen wordt momenteel in kaart gebracht door middel van het foto-interview, het COPM en de Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory (PEDI). Daarnaast gaat de ergotherapeut in gesprek met de ouders en observeert deze het kind tijdens de screening. Echter is er nog geen geschikte manier gevonden die de kwaliteit van uitvoering van een activiteit bij een kind met mitochondriële aandoeningen kan meten. Hiervoor zijn verschillende meetinstrumenten geprobeerd, maar op dit moment is er geen meetinstrument waarmee dit objectief te meten is. De grote diversiteit in uiting van de ziekte (symptomen) en de diversiteit in het ziektebeloop binnen de doelgroep (Koene et al., 2013) maakt het lastig om een instrument te vinden die bij elk kind met een mitochondriële aandoening toepasbaar is.

De ergotherapeuten willen starten met het observeren middels de PRPP-methode (Perceive, Recall, Plan, Perform) van filmpjes die door ouders worden gemaakt. Zij zijn hiervoor nog niet geschoold, dus het is nog niet mogelijk om dit betrouwbaar te doen. In gesprekken met de ergotherapeuten is gevraagd naar hun mening over wat een meetinstrument moet meten en over de eerder gebruikte instrumenten.

Bijlage 2 Zoekverslag cyclus 1

Er is gezocht in de periode van 21 november 2016 t/m 1 december 2016

Zoekverslag Cinahl

Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen (na 2009)	Titel	Auteur	Jaar	Instrument
I = (TI (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment) OR AB (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment))	311.051	-	-	-	-	-
P= (TI (Child OR Children OR Infant OR Adolescents) OR AB (Child OR Children OR Infant OR Adolescents))	330.615	-	-	-	-	-
P+I= (TI (Child OR Children OR Infant OR Adolescents) OR AB (Child OR Children OR Infant OR Adolescents)) AND (TI (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment) OR AB (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment))	40.003	-	-	-	-	-
O = (TI ("Activity performance" OR "Occupational performance") OR AB ("Activity performance" OR "Occupational performance"))	1.198	-	-	-	-	-

Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen (na 2009)	Titel	Auteur	Jaar	Instrument
P+I+O = (TI (Child OR Children OR Infant OR Adolescents) OR AB (Child	99	42	1. Impact of multi-modal web-based rehabilitation on occupational performance and upper limb outcomes: pilot randomized trial in children with acquired brain injuries.	Sakzewski, Leanne; Lewis, Melinda J; McKinlay, Lynne; Ziviani, Jenny; Boyd, Roslyn N	2016	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Canadian Occupational Performance Measure

OR Children OR Infant OR Adolescents)) AND (TI (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment) OR AB (Measurement OR Assessment OR Assessments OR Outcome measures OR Outcome assessment)) AND (TI ("Activity performance" OR"Occupatio nal performance") OR AB			2. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation/Behavioral Intervention Clinical Trial: Long-Term Follow-Up of Outcomes in Congenital Hemiparesis.	Rich, Tonya L.; Menk, Jeremiah; Krach, Linda E.; Feyma, Timothy; Gillick, Bernadette T.	2016	Canadian Occupational Performance Measure
			3. Intensive upper limb intervention with self-management training is feasible and promising for older children and adolescents with unilateral cerebral palsy	Geerdink, Yvonne; Aarts, Pauline; van der Burg, Jan; Steenbergen, Bert; Geurts, Alexander	2015	Canadian Occupational Performance Measure Box and Block Test. Video Observation Aarts and Aarts - determine developmental disregard (VOAA-DDD-R
			4. Visual perception training on social skills and activity performance in low-vision children	Atasavun Uysal, Songül; Düger, Tülin	2015	Canadian Occupational Performance Measure
			5. Evaluation of group versus individual physiotherapy following lower limb intra-muscular Botulinum Toxin-Type A injections for ambulant children with cerebral palsy: A single-blind randomized comparison trial.	Thomas, Rachel E.; Johnston, Leanne M.; Sakzewski, Leanne; Kentish, Megan J.; Boyd, Roslyn N.	2012	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Edinburgh Visual Gait Score (EVGS)
			6. Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches.	Vroland-Nordstrand, Kristina; Eliasson, Ann-Christin; Jacobsson, Helén; Johansson, Ulla; Krumlinde-Sundholm, Lena; Jacobsson, Helén	2016	COPM Goal Attainment Scaling COPM performance scale (COPM-P)

("Activity performance" OR "Occupational performance"))			7. Single blind randomised controlled trial of GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment) in infants at high risk of cerebral palsy	Morgan, Catherine; Novak, Iona; Dale, Russell C.; Guzzetta, Andrea; Badawi, Nadia	2016	GAME" (Goals - Activity - Motor Enrichment) Canadian Occupational Performance Measure(COPM) Bayley Scales of Infant and Toddler Development (BSID-III)
			8. Outcome in adolescence of brachial plexus birth palsy	Hulleberg, Gunn; Elvrum, Ann-Kristin G.; Brandal, Merethe; Vik, Torstein	2016	Canadian Occupational Performance Measure
			9. Synergistic effect of combined transcranial direct current stimulation/constraint-induced movement therapy in children and young adults with hemiparesis: study protocol.	Gillick, Bernadette; Menk, Jeremiah; Mueller, Bryon; Meekins, Gregg; Krach, Linda E.; Feyma, Timothy; Rudser, Kyle	2014	Canadian Occupational Performance Measure
			10. Brain stimulation and constraint for perinatal stroke hemiparesis: The PLASTIC CHAMPS Trial.	Kirton, Adam; Andersen, John; Herrero, Mia; Nettel-Aguirre, Alberto; Carsolio, Lisa; Damji, Omar; Keess, Jamie; Mineyko, Aleksandra; Hodge, Jacquie; Hill, Michael D.	2015	Canadian Occupational Performance Measure
			11. Feasibility of caregiver-directed home-based hand-arm bimanual intensive training: A brief report.	Ferre, Claudio L.; Brandão, Marina B.; Hung, Ya-Ching; Carmel, Jason B.; Gordon, Andrew M.	2016	Canadian Occupational Performance Measure
			12. Randomized controlled trial of web-based multimodal therapy for unilateral cerebral palsy to improve occupational performance.	James, Sarah; Ziviani, Jenny; Ware, Robert S; Boyd, Roslyn N	2015	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

			13. Predictors of time to complete toileting for children with spina bifida	Gribble, Nigel; Parsons, Richard; Donlau, Marie; Falkmer, Torbjorn	2015	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			14. Mastery motivation: a way of understanding therapy outcomes for children with unilateral cerebral palsy.	Miller, Laura; Ziviani, Jenny; Ware, Robert S.; Boyd, Roslyn N.	2013	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Manual Ability Classification System (MACS) Modified Ashworth Scale
			15. Botulinum toxin A injections and occupational therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial.	Lidman, Git; Nachemson, Ann; Peny-Dahlstrand, Marie; Himmelmann, Kate	2015	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			16. The Belief in Goal Self-Competence Scale (Bi GSS) - Exploring a new way to support individual goal pursuit and document occupational therapy outcomes in paediatric practice.	Ziviani, Jenny; Poulsen, Anne A.; Kotaniemi, Katja; Law, Mary	2015	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			17. The Pirate Group Intervention Protocol: Description and a Case Report of a Modified Constraint-induced Movement Therapy Combined with Bimanual Training for Young Children with Unilateral Spastic Cerebral Palsy.	Aarts, Pauline B.; Hartingsveldt, Margo; Anderson, Patricia G.; Tillaar, Ingrid; Burg, Jan; Geurts, Alexander C.	2014	Video Observations Aarts and Aarts Module Determine Developmental Disregard, Canadian Occupational Performance Measure Goal Attainment Scaling
			18. Comparison of dosage of intensive upper limb therapy for children with unilateral cerebral palsy: how big should the therapy pill be?	Sakzewski, Leanne; Provan, Kerry; Ziviani, Jenny; Boyd, Roslyn N	2012	Canadian Occupational Performance Measure

			19. Effect of Cognitive Intervention on Children with ADHD	Gharebaghy, Soraya; Rassafiani, Mehdi; Cameron, Debra	2015	Goal Attainment Scaling (GAS) Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Raven's Coloured Progressive Matrices Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency and Performance (BOTMP)
			20. Tendon transfer surgery in upper-extremity cerebral palsy is more effective than botulinum toxin injections or regular, ongoing therapy	Van Heest, Ann E; Bagley, Anita; Molitor, Fred; James, Michelle A	2015	Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
			21. Developing assessments that account for the role of the environment: an example using the Test of Playfulness and Test of Environmental Supportiveness	Bundy AC; Waugh K; Brentnall J	2015	ToP & TOES Tool
			22. Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention for Young Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Controlled Study	Maeir, Adina; Fisher, Orit; Bar-Ilan, Ruthie Traub; Boas, Naomi; Berger, Itai; Landau, Yael E.	2009	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Behavior Rating Inventory of Executive Function
			23. Family-centred outcome measurement following paediatric stroke.	Galvin J; Randall M; Hewish S; Rice J; MacKay MT	2014	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Peerceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)
			24. Measurement of habitual physical activity performance in adolescents with cerebral palsy: a systematic review.	Clanchy KM; Tweedy SM; Boyd R	2010	Children's Activity Participation and Enjoyment (CAPE)

			25. Primed low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation and constraint-induced movement therapy in pediatric hemiparesis: a randomized controlled trial.	Gillick, Bernadette T; Krach, Linda E; Feyma, Tim; Rich, Tonya L; Moberg, Kelli; Thomas, William; Cassidy, Jessica M; Menk, Jeremiah; Carey, James R	2011	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			26. Intensive therapy following upper limb botulinum toxin A injection in young children with unilateral cerebral palsy: a randomized trial	Hoare B; Imms C; Villanueva E; Rawicki HB; Matyas T; Carey L	2014	Goal Attainment Scaling (GAS) Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory (PEDI)
			27. Capacity to Participation in Cerebral Palsy: Evidence of an Indirect Path Via Performance	Bjornson, Kristie F.; Zhou, Chuan; Stevenson, Richard; Christakis, Dimitri A.	2013	Assessment of Life Habits (LIFE-H) Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) Assessment of Preschool Children's Participation (APCP) Activities Scale for Kids Performance Version-30 (ASKp-30)
			28. Modified constraint-induced therapy for children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized trial	Wallen M; Ziviani J; Naylor O; Evans R; Novak I; Herbert RD	2013	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Modified Tardieu Scale Goal Attainment Scaling (GAS) Modified Ashworth Scale (MAS)

			29. Enabling occupational performance of children through coaching parents: three case reports	Graham F; Rodger S; Ziviani J	2011	Goal Attainment Scaling (GAS) Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			30. Participation Outcomes in a Randomized Trial of 2 Models of Upper-Limb Rehabilitation for Children With Congenital Hemiplegia	Sakzewski, Leanne; Ziviani, Jenny; Abbott, David F.; Macdonell, Richard A.; Jackson, Graeme D.; Boyd, Roslyn N.	2011	Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) Assessment of Life Habits (LIFE-H) Modified Ashworth Scale School Function Assessment (SFA) Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			31. Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Intervention With Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study	Hahn-Markowitz, Jeri; Manor, Iris; Maeir, Adina	2011	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			32. Goal-Orientated Group Intervention for Children with Developmental Coordination Disorder	Dunford, Carolyn	2011	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) Movement Assessment Battery for Children (MABC) Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory (PEDI)
			33. Functional Impact of Constraint Therapy and Bimanual Training in Children With Cerebral Palsy: A Randomized Controlled Trial.	de Brito Brandão, Marina; Gordon, Andrew M.; Cotta Mancini, Marisa	2012	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			34. Effect of adaptive seating devices on the activity performance of children with cerebral palsy	Rigby PJ; Ryan SE; Campbell KA	2009	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

			35. Congenital Diaphragmatic Hernia and Occupational Therapy: A Case Report	Bates, Angela C.	2011	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			36. Outcomes of a Clinic-Based Pediatric Constraint-Induced Movement Therapy Program	Reidy, Teresa Garcia; Naber, Erin; Viguers, Emily; Allison, Kristen; Brady, Kathleen; Carney, Joan; Salorio, Cynthia; Pidcock, Frank	2012	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			37. Identifying occupational issues among children with intractable epilepsy: individualized versus norm-referenced approaches	Fayed N; Kerr EN	2009	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			38. Effects of botulinum toxin A and/or bimanual task-oriented therapy on upper extremity activities in unilateral Cerebral Palsy: a clinical trial.	Speth, Lucianne; Janssen-Potten, Yvonne; Rameckers, Eugene; Defesche, Anke; Winkens, Bjorn; Becher, Jules; Smeets, Rob; Vles, Hans	2015	the Observational Skills Assessment Score (OSAS). Goal achievement was measured with Goal Attainment Scaling (GAS) Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			39. Goal-setting method and goal attainment measures in physical therapy for stroke patients: a systematic review	Kamioka Y; Yoshino T; Sugaya K; Saito H; Ohashi Y; Iijima S	2009	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Goal Attainment Scaling (GAS)
			40. GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment): protocol of a single blind randomised controlled trial of motor training, parent education and environmental enrichment for infants at high risk of cerebral palsy	Morgan, Catherine; Novak, Iona; Dale, Russell C; Guzzetta, Andrea; Badawi, Nadia	2014	GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment) Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Canadian Occupational Performance Measure

			41. The effects of constraint-induced movement therapy on activities important to independent school participation of children with hemiparesis.	Carney, Joan	2012	School Function Assessment (SFA) Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
			42. Interview based on the COPM questionnaire for adolescents with special needs	Ran G	2010	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Instrumenten
<i>Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)</i>
<i>Canadian Occupational Performance Measure (COPM) / COPM performance scale (COPM-P)</i>
Box and Block Test
Video Observation Aarts and Aarts - determine developmental disregard (VOAA-DDD-R)
Edinburgh Visual Gait Score (EVGS)
<i>Goal Attainment Scaling (GAS)</i>
<i>GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment)</i>
Bayley Scales of Infant and Toddler Development (BSID-III)
Manual Ability Classification System (MACS)
<i>Modified Ashworth Scale (MAS)</i>
<i>Modified Tardieu Scale</i>
Raven's Coloured Progressive Matrices
<i>Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency and Performance (BOTMP)</i>
TOP & TOES Tool
Behavior Rating Inventory of Executive Function
Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)
<i>Children's Activity Participation and Enjoyment (CAPE)</i>
<i>Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory (PEDI)</i>
<i>Assessment of Life Habits (LIFE-H)</i>
<i>Assessment of Preschool Children's Participation (APCP)</i>
<i>Activities Scale for Kids Performance Version-30 (ASKp-30)</i>
<i>School Function Assessment (SFA)</i>
<i>Movement Assessment Battery for Children (MABC)</i>
<i>Observational Skills Assessment Score (OSAS).</i>

Zoekverslag Pubmed

Gebaseerd op: http://gidsen.studiecentra.han.nl/EBP_Fysiotherapie/opstellen_zoekactie

PICO: Welke meetinstrumenten (I) zijn er beschikbaar, gericht op het meten van de uitvoering van activiteiten(O) bij kinderen (P)??

Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen:	Titel	Auteur	Jaar	Links	Instrument
I = (((("Outcome Assessment (Health Care)" [Mesh] [Title/Abstract]) OR "Outcome assessment"[Title/Abstract]) OR "Outcome measure"[Title/Abstract]) OR Assessment[Title/Abstract])	1528466	x	x	x	x	x	x
P= (((Child*[Title/Abstract]) OR Child [Mesh] [Title/Abstract]) OR Infant[Title/Abstract]) OR Tod*[Title/Abstract]) OR Adolescent[Title/Abstract])	2299809	x	x	x	x	x	x
P+I= ((((((Child*[Title/Abstract]) OR Child [Mesh] [Title/Abstract]) OR Infant[Title/Abstract]) OR Tod*[Title/Abstract]) OR Adolescent[Title/Abstract])) AND (((("Outcome Assessment (Health Care)" [Mesh] [Title/Abstract]) OR "Outcome assessment"[Title/Abstract]) OR "Outcome measure"[Title/Abstract]) OR Assessment[Title/Abstract]))	29578	x	x	x	x	x	x
O = ("Activity performance" [Title/Abstract])	254	x	x	x	x	x	x
O+I= (("Activity performance")) AND ((((((Assessment) OR "Outcome measure") OR "Outcome assessment") OR "Outcome Assessment (Health Care)" [Mesh])))	102	x	x	x	x	x	x

Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen:	Titel	Auteur	Jaar	Links	Instrument
("Activity performance" [Title/Abstract]) AND (((("Outcome Assessment (Health Care)" [Mesh] "[Title/Abstract]) OR "Outcome assessment"[Title/Abstract]) OR "Outcome measure"[Title/Abstract]) OR Assessment[Title/Abstract])	91	10	1. Functional performance of school children diagnosed with developmental delay up to two years of age].	Dornelas Magalhães	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553573	- Movement ABC - School Function Assessment (SFA) -> questionnaire
			2. Decline in cognitive function due to diffuse axonal injury does not necessarily imply a corresponding decline in ability to perform activities.	Björkdahl A1,2, Esbjörnsson E2, Ljungqvist J2, Skoglund T2, Sunnerhagen KS2..	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26497159	- AMPS
			3. Relation of stride activity and participation in mobility-based life habits among children with cerebral palsy..		2013	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231402	Assessment of Life Habits for Children

			4. The School Function Assessment: identifying levels of participation and demonstrating progress for pupils with acquired brain injuries in a residential rehabilitation setting.,	West, Dunford , Mayston , Forsyth	2014	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23902410	SFA
			5 . Capacity to participation in cerebral palsy: evidence of an indirect path via performance.,	Bjornson KF1, Zhou C, Stevenson R, Christakis DA.		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23835350	- Gross Motor Measure-66-> activity capacity - Activities Scale for Kids
			6. Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia patients: test consistency and inter-rater agreement.	Steultjens EM1, Voigt-Radloff S, Leonhart R, Graff MJ.	2013	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22166513	- PRPP
			7. Visual perception training on social skills and activity performance in low-vision children.	Atasavun Uysal S1, Düger T.	2011	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696247	- Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)

			8. Determinants of activity and participation in preschoolers with developmental delay.	Leung GP1, Chan CC, Chung RC, Pang MY.	2011	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036536	SFA
			9. Development of items designed to evaluate activity performance and participation in children and adolescents with spinal cord injury.	Calhoun CL1, Haley SM, Riley A, Vogel LC, McDonald CM, Mulcahey MJ.	2009	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20049343	- FIM (functional independent measure), WeeFIM - COPM - CAPE
			10. Rasch analysis of the School Function Assessment provides additional evidence for the internal validity of the activity performance scales.	Hwang JL1, Davies PL.	2009	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19522146	SFA
O+P= (((("Activity performance" [Title/Abstract]) AND (((((Child*[Title/Abstract]) OR Child [Mesh]) OR	47	16	1. Effects of Nintendo Wii™ Training on Occupational Performance, Balance, and Daily Living Activities in Children with Spastic Hemiplegic Cerebral Palsy: A Single-Blind and Randomized Trial.	Atasavun Uysal S, Baltaci G.	2016	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27705006	- PEDI - COPM

Infant[Title/Abstract]) OR Tod*[Title/Abstract]) OR Adolescent[Title/Abstract]))			2. A randomized controlled trial of web-based training to increase activity in children with cerebral palsy.	Mitchell , Ziviani, Boyd	2016	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26877078	- (4-day) ActiGraph GT3X
			3. Functional performance of school children diagnosed with developmental delay up to two years of age].	Dornelas Magalhães.	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553573	- Movement ABC - School Function Assessment (SFA) -> questionnaire
			4. Optimising leisure participation: a pilot intervention study for adolescents with physical impairments.	Imms Mathews , Richmond , Law , Ullenhag	2015	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208244	- COPM - GAS
			5. Relation of stride activity and participation in mobility-based life habits among children with cerebral palsy..	Bjornson, Zhou, Stevenson , Christakis	2013	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231402	- Assessment of Life Habits for Children
			6. The School Function Assessment: identifying levels of participation and demonstrating progress for pupils with acquired brain injuries in a residential rehabilitation setting.,	West, Dunford , Mayston , Forsyth	2014	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23902410	- School Function Assessment (SFA) -> questionnaire

			7. Capacity to participation in cerebral palsy: evidence of an indirect path via performance.,	Bjornson , Zhou , Stevenson , Christakis	2013	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23835350	- Gross Motor Measure-66-> activity capacity - Activities Scale for Kids
			8. Visual perception training on social skills and activity performance in low-vision children.	Atasavun Uysal , Düger.	2011	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696247	- Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)
			9. Measurement of habitual physical activity performance in adolescents with cerebral palsy: a systematic review.	Clanchy , Tweedy, Boyd	2010	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21418195	- CAPE
			10. Determinants of activity and participation in preschoolers with developmental delay.	Leung, Chan, Chung , Pang .	2011	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036536	- School Function Assessment (SFA)
			11. Factor- and item-level analyses of the 38-item activities scale for kids-performance.	Bagley , Gorton, Bjornson , Bevans , Stout, Narayanan , Tucker.	2010	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964671	- Activities Scale for Kids-performance (ASKp) - ASKp38 version

			12 Development of items designed to evaluate activity performance and participation in children and adolescents with spinal cord injury.	Calhoun, Haley , Riley , Vogel , McDonald , Mulcahey	2009	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20049343	- FIM (functional independent measure), WeeFIM - COPM - CAPE
			13. Evaluating functional decline in patients with Multiple Sclerosis.	Rosenblum , Tamar Weiss	2010	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20047816	- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
			15. Effect of adaptive seating devices on the activity performance of children with cerebral palsy.	Rigby , Ryan , Campbell .	2009	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19651273	- Home Activity Log - COPM
			16. Rasch analysis of the School Function Assessment provides additional evidence for the internal validity of the activity performance scales.	Hwang, Davies	2009	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19522146	- SFA (school function assessment) - Activity Performance Scales

Artikelen die zijn gevonden door snowballen:

Notitie: waar MeSH staat, moet je zelf handmatig de Mesh term toevoegen. Voor de duidelijkheid is in dit zoekverslag MeSH toegevoegd, om inzichtelijk te maken dat het over Mesh termen gaat.

Zoekstring	Aantal artikelen	Rel. art.	Titel	Auteur	Jaartal	Links	Instrument
P= Child [MeSH] or Infant [MeSH] or Adolescent [MeSH] or child or infant or adolescent	172642						
I= "Outcome assessment" [MeSH] OR measurement* OR assessment* OR analysis OR "outcome measurement" OR "outcome assessment"	431022						
P + I= (Child [MeSH] or Infant [MeSH] or Adolescent [MeSH] or child or infant or adolescent) AND ("Outcome assessment" [MeSH] OR measurement* OR assessment* OR analysis OR "outcome measurement" OR "outcome assesement")	86290						
O = "occupational performance" OR "activity performance"	290						
P + O = (Child [MeSH] or Infant [MeSH] or Adolescent [MeSH] or child or infant or adolescent) AND ("occupational performance" OR "activity performance")	99						
I + O = ("Outcome assessment" [MeSH] OR measurement* OR assessment* OR analysis OR "outcome measurement" OR "outcome assesement") AND ("occupational performance" OR "activity performance")	238						

Zoekstring	Aantal artikelen	Rel. art.	Titel	Auteur	Jaartal	Links	Instrument
P + I + O = (Child [MeSH] or Infant [MeSH] or Adolescent [MeSH] or child or infant or adolescent) AND ("Outcome assessment" [MeSH] OR measurement * OR assessment* OR analysis OR "outcome measurement" OR "outcome assesement") AND ("occupational performance" OR "activity performance")	85	22	1..GAME (Goals - Activity - Motor Enrichment): protocol of a single blind randomised controlled trial of motor training, parent education and environmental enrichment for infants at high risk of cerebral palsy.	Morgan C, Novak I, Dale RC, Guzzetta A, Badawi N	2014	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/311/CN-01171311/frame.html	GAME
			2. Effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: a randomized controlled trial.	Aarts PB, Jongerius PH, Geerdink YA, van Limbeek J, Geurts AC	2010	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/616/CN-00767616/frame.html	Assissting Hand Assessment; ABILHAND-Kids; Melbourne assessment of unilateral upper limb function; COPM; Goal Attainment scale;
			3. Functional impact of constraint therapy and bimanual training in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial.	de Brito Brandão M, Gordon AM, Mancini MC	2012	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/250/CN-00961250/frame.html	COPM; Peadiatric evaluation of disability inventory
			4. Randomized controlled trial assessing participation and quality of life in a supported speed treadmill	Gates PE, Banks D, Johnston TE,	2012	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/250/CN-00961250/frame.html	COPM; Children's Assessment of Participation and

training exercise program vs. a strengthening program for children with cerebral palsy	Campbell SR, Gaughan JP, Ross SA, Engsberg JR, Tucker C		http://online.lnlibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/257/CN-00904257/frame.html	Enjoyment Scale; Pediatric Quality of Life Cerebral Palsy Module; Piers-Harris Children's Self-Concept Scale;
5. Participation outcomes in a randomized trial of 2 models of upper-limb rehabilitation for children with congenital hemiplegia.	Sakzewski L, Ziviani J, Abbott DF, Macdonell RA, Jackson GD, Boyd RN	2011	http://online.lnlibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/723/CN-00788723/frame.html	Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Assessment of Life Habits (LIFE-H); Children's Assessment of Participation and Enjoyment; School Function Assessment
6. Randomized controlled trial of web-based multimodal therapy for unilateral cerebral palsy to improve occupational performance.	James S, Ziviani J, Ware RS, Boyd RN	2015	http://online.lnlibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/463/CN-01075463/frame.html	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS); Assisting Hand Assessment; Jebsen-Taylor Test of Hand Function (JTTHF); Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MUUL); Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Test of Visual Perceptual Skills (TVPS-3).

7. Best responders after intensive upper-limb training for children with unilateral cerebral palsy.	Sakzewski L, Ziviani J, Boyd RN	2011	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/722/CN-00788722/frame.html	Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function; Assisting Hand Assessment; Canadian Occupational Performance Measure.
8. Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: a randomized, controlled trial.	Wuang YP, Ho GS, Su CY	2013	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/169/CN-00967169/frame.html	Canadian Occupational Performance; Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-Second Edition; Children's Assessment of Participation and Enjoyment.
9. Effects of botulinum toxin A and/or bimanual task-oriented therapy on upper extremity activities in unilateral Cerebral Palsy: a clinical trial.	Speth L, Janssen-Potten Y, Rameckers E, Defesche A, Winkens B, Becher J, Smeets R, Vles H	2015	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/249/CN-01170249/frame.html	Assisting Hand Assessment (AHA); ABILHand-Kids questionnaire (AK); Observational Skills Assessment Score (OSAS); Goal Attainment Scaling (GAS); using blind video assessment; Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

10. Modified constraint-induced movement therapy or bimanual occupational therapy following injection of Botulinum toxin-A to improve bimanual performance in young children with hemiplegic cerebral palsy: a randomised controlled trial methods paper.	Hoare BJ, Imms C, Rawicki HB, Carey L	2010	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/775/CN-00759775/frame.html	Assisting Hand Assessment; Quality of Upper Extremity Skills Test; Pediatric Evaluation of Disability Inventory; Canadian Occupational Performance Measure; Goal Attainment Scaling; Pediatric Motor Activity Log; modified Ashworth Scale; modified Tardieu Scale
11. Mastery motivation: a way of understanding therapy outcomes for children with unilateral cerebral palsy	Miller L, Ziviani J, Ware RS, Boyd RN	2015	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/533/CN-01140533/frame.html	Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MUUL); Assisting Hand Assessment (AHA); Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
12. Focus on function: A clinical trial of two intervention approaches for children with cerebral palsy.	Darrah J, Law M	2011	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/302/CN-01089302/frame.html	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI); Gross Motor Function Measure; Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE)

13. Efficacy of a web-based multimodal therapy program on occupational performance, upper limb function, and visual perception for children with unilateral cerebral palsy.	James S, Ziviani J, Boyd RN	2014	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/812/CN-01049812/frame.html	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS); Assisting Hand Assessment (AHA); Jebsen-Taylor Test of Hand Function (JTTHF); Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Test of Visual Perceptual Skills (non-motor) 3rd edition (TVPS);
14. The effects of constraint-induced movement therapy (CIMT) and hand-arm bimanual intensive training (HABIT) on the daily functioning of children with cerebral palsy.	Brandao MD, Gordon A, Mancini MC	2011	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/621/CN-01020621/frame.html	Pediatric Evaluation Disability Inventory (PEDI) ; Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
15. Participation in physical activities for children with physical disabilities: Feasibility and effectiveness of individualised physical activity referrals.	Lauruschkus K, Hallstrom I, Westbom L, Nordmark E	2015	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/466/CN-01126466/frame.html	Gross Motor Function Measure (GMFM-66); physical activity and heart rate monitors and time use diaries; Motivational Interviewing (MI); Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Goal Attainment Scaling (GAS).

16. The functional benefit and peripheral and central pathway changes derived from resistance training augmented with botulinum toxin A for the upper limb in children with spastic hemiplegia: A randomised controlled trial.	Gibson N, Lay B, Blair E, Hamer P	2014	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/244/CN-01023244/frame.html	Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST); Goal Attainment Scale (GAS); Canadian Occupational Performance Measure (COPM); The second RCT Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MUUL); kinematic analysis of reaching with the quantification of normalised jerk (NJ) reflecting movement fluency, and directness index (DI) reflecting movement efficiency
17. Comparison of structured skill and unstructured practice during intensive bimanual training in children with unilateral spastic cerebral palsy.	Brandao MB, Ferre C, Kuo H-C, Rameckers EAA, Bleyenheuft Y, Hung Y-C, Friel K, Gordon AM	2014	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/161/CN-01041161/frame.html	Jebsen-Taylor Test of Hand Function (JTTHF) and Assisting Hand Assessment (AHA). Secondary outcomes included the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), Pediatric Evaluation of Disability

				Inventory (PEDI), and ABILHAND-Kids
18. Modified constraint-induced movement therapy combined with bimanual training (Mcimt-Bit): Benefits are retained 1 year after the pirate group intervention.	Geerdink Y, Aarts P, Geurts A	2012	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/923/CN-01004923/frame.html	Assisting Hand Assessment and ABILHAND-Kids. Secondary outcomes were Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (Melbourne) and Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
19. A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay.	Hwang AW, Chao MY, Liu SW	2013	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/235/CN-00919235/frame.html	Chinese version of Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-C); Comprehensive Development Inventory for Infants and Toddlers (CDIIT); Goal Attainment Scaling (GAS); Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
20. Feasibility of caregiver-directed home-based hand-arm bimanual intensive training: A brief report.	Ferre CL, Brandao MB, Hung Y-C,	2015	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochr	Assisting Hand Assessment (AHA) and Canadian Occupational

			Carmel JB, Gordon AM		ane/clcentral/articles/339/CN-01049339/frame.html	Performance Measure (COPM),
		21. Enabling children with Developmental Coordination Disorder to self-regulate through the use of Dynamic Performance Analysis: evidence from the CO-OP approach.	Hyland M, Polatajko HJ	2012	Hyland M, Polatajko HJ	Dynamic Performance Analysis (DPA)
		22. Modified constraint-induced therapy compared with intensive occupational therapy for children with hemiplegic cerebral palsy: Results of a randomised trial.	Wallen M, Ziviani J, Evans R, Naylor O, Novak I, Herbert R	2012	http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary.stcproxy.han.nl/o/cochrane/clcentral/articles/834/CN-01031834/frame.html	Canadian Occupational Performance Measure (COPM, measured on a 10-point scale); Goal Attainment Scaling, Assisting Hand Assessment, Pediatric Motor Activity Log, Modified Ashworth Scale, modified Tardieu Scale parent questionnaire.

Artikelen die zijn gevonden door snowballen:

-

Instrumenten uit relevante artikelen Cochrane

Instrument:	Doel:
1. GAME	
2. Assisting Hand Assessment(AHA);	x
3. ABILHAND-Kids;	
4. Melbourne assessment of unilateral upper limb function;	x
5. Canadian Occupational Performance Assessment (COPM);	
6. Goal Attainment scale (GAS);	
7. Peadiatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	
8. Children's Assessment of Participation and Enjoyment Scale(CAPE);	
9. Pediatric Quality of Life Cerebral Palsy Module (PQLCPM)	
10. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale;	x
11. Assessment of Life Habits (LIFE-H);	
12. School Function Assessment (SFA)	
13. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS);	
14. Jebsen-Taylor Test of Hand Function (JTTHF);	x
15. Test of Visual Perceptual Skills (TVPS-3).	x
16. Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-Second Edition;	
17. Observational Skills Assessment Score (OSAS);	
18. Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST);	x
19. Pediatric Motor Activity Log;	
20. modified Tardieu Scale	
21. modified Ashworth Scale;	
22. Gross Motor Function Measure;	
23. Jebsen-Taylor Test of Hand Function (JTTHF);	
24. Test of Visual Perceptual Skills (non-motor) 3rd edition (TVPS);	
25. Gross Motor Function Measure (GMFM-66);	
26. Dynamic Performance Analysis (DPA)	

Bijlage 3 Zoekschema cyclus 2

	Kinderen	Instrumenten	Ergotherapie	Activiteiten
Synoniemen	Kind Child Children	Assesment Assesments Meetinstrument Meetinstrumenten Toetsing Outcome measures Outcome assesment Evaluation study Clinical Trial Trial Rating Scale	Occupational Therapy	Activiteit Activity Activities
Verwante termen	Preschool Elementery school			
Bredere termen			Paramedisch Paramedical	
Nauwere termen	Infant Tod Toddler Schoolchild Adolescnet Youth Youths Teen Teens Teenager			ADL Activities of daily living Dagelijkse activiteiten Betekenisvolle activiteiten Zelfverzorging Zelfzorg Schoolse vaardigheden Planmatig handelen Process learning Self-care School skills

Bijlage 4 Zoekschema cyclus 2

Er is gezocht op: De naam van het instrumenten (met eventuele afkortingen)*
Of De naam van het instrumenten (met eventuele afkortingen) in combinatie met de desbetreffende klinimetrische eigenschap.

* Voor enkel instrumenten was het niet nodig om nog op de klinimetrische eigenschappen te zoeken, omdat er maar een beperkt aantal artikelen zijn geschreven over het instrument. Hierbij zijn alle artikelen geanalyseerd/beoordeeld op bruikbaarheid.

Daarnaast is de naam van het instrument niet altijd in hele volledigheid gezocht, maar ook in delen. Dit, omdat databases als Pubmed instrumenten niet vinden in zijn geheel maar wel in aparte woorden.

Dus:

(Naam instrument OR afkorting instrument)

((Naam instrument OR afkorting instrument) AND klinimetrische eigenschap)

Termen	Validiteit	Betrouwbaarheid	Responsiviteit
Synoniemen	validity validation valid*	reliability reliab* reproducibility reproducib*	responsivity responsiv*
Verwante termen	Internal consistency Measurement error	test-retest test retest	sensitiv* sensitivity
Bredere termen			
Nauwere termen			

Bijlage 5 Zoekverslag cyclus 2

Zoekverslag Dynamic Performance assessment

Database	Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen	Titel	Auteur	Jaar
Pubmed	"Dynamic Performance Analysis"[ti/ab]	6	2	Enabling children with Developmental Coordination Disorder to self-regulate through the use of Dynamic Performance Analysis: Evidence from the CO-OP approach	Hyland, Polatajko	2012
				Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance.	Polatajko, Mandich, Martini	2000
Google	Dynamic Performance Analysis (DPA)			Dynamic Performance Analysis (DPA): AN ALTERNATE APPROACH TO ACTIVITY ANALYSIS	Polatajko, Pontes, Almeida	2015

Zoekverslag Preschool Play Scale, Revised

Database	Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen	Titel	Auteur	Jaar
Pubmed	Preschool [ti/ab] AND Play [ti/ab] AND Scale [ti/ab]	87	-	-	-	-
	((Validity[Ti/Ab] OR Reliability[Ti/Ab]) OR Responsiveness[Ti/Ab]) AND ((Preschool[Ti/Ab] AND Play[Ti/Ab]) AND Scale[Ti/Ab])	17	1	Assessment of Pretend Play in Preschool-Aged Children: Validation and Factor Analysis of the Affect in Play Scale–Preschool Version	Fehr, Russ	2014
	((Validity[Ti] OR Reliability[Ti]) OR Responsiveness[Ti]) AND ((Preschool[Ti] AND Play[Ti]) AND Scale[Ti])	3	1	Examining reliability and validity of the Preschool Play Scale with handicapped children.	Harrison, Kielhofner	1986
Google	Preschool Play Scale Revised			Development and current use of the revised know preschool play scale	Knox	1997

Zoekverslag Assessment of Motor Process Skills en School Assessment of Motor Process Skills

Er bestaande onderzoeken van de AMPS en de School AMPS zijn allemaal geplubliceerd in de referentielijst van deze instrumenten op de website van de AMPS (website).

Zoekverslag Short Child Occupationa Profile

Database	Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen	Titel	Auteur	Jaartal
Pubmed	Short Children Occupational Profile [Title/Abstract]	1	1	Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE).	Bowyer, P.L., Kramer, J., Kielhofner, G., Maziero-Barbosa, V., Girolami, G.	2007
	Short [Title/abstract] AND Child [title/abstract] AND Occupational [title/abstract] AND Profile [title/abstract]	12	0			
Google Scholar	Snowballen/citatie: Measurement properties of the Short Child Occupational Profile	8	2	Examining Rater Behavior on a Revised Version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE).	<u>Kramer, J., Bowyer, P., Kielhofner, G., O'Brien, J., Maziero-Barbosa, V.</u>	2009
				Determining the Clinical Utility of the Short Child Occupational Profile (SCOPE)	<u>Patricia Bowyer, Jenica Lee, Jessica Kramer, Renee R Taylor, Gary Kielhofner,</u>	2012
Cinahl	Snowballen/citatie: Measurement properties of the Short Child Occupational Profile	3	2	<u>Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE)</u>	Kramer J; Bowyer P; Kielhofner G; O'Brien J; Maziero-Barbosa V.	2009
				Determining the clinical utility of the Short Child Occupational Profile (SCOPE)	Bowyer, P., Lee, J., Kramer, J., Taylor, R.R., Kielhofner, G.	2012
	Snowballen uit: <u>Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE)</u>			The Short Child Occupational Profile (SCOPE) (version 2.1).	Bowyer, P., Ross, M., Schwartz, O., Kielhofner, G., & Kramer, J.	2005

Zoekverslag Alberta Infant Motor Scale

Database	Zoekstring	Aantal artikelen	Relevante artikelen	Titel	Auteur	Jaartal
Pubmed	"alberta infant motor scale" [Title/Abstract]	121				
	(((((Alberta[Title/Abstract]) AND Infant[Title/Abstract]) AND Motor[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract])))	124				
	(((((((((Alberta[Title/Abstract]) AND Infant[Title/Abstract]) AND Motor[Title/Abstract]) AND scale[Title/Abstract]))) AND (((valid*[Title/Abstract]) OR validation[Title/Abstract]) OR validity[Title/Abstract])))	26	6	1..Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) and Alberta Infant Motor Scale (AIMS): Validity and Responsiveness.	Dumas HM ¹ , Fragala-Pinkham MA ² , Rosen EL ³ , Lombard KA ⁴ , Farrell C ⁵ .	2015
				2. Accuracy of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS) to detect developmental delay of gross motor skills in preterm infants: a systematic review.	de Albuquerque PL ¹ , Lemos A , Guerra MQ , Eickmann SH .	2015
				3. Have infant gross motor abilities changed in 20 years? A re-evaluation of the Alberta Infant Motor Scale normative values.	Darrah J ¹ , Bartlett D , Maguire TO , Avison WR , Lacaze-Masmonteil T .	2014
				4. Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in premature infants.	Almeida KM ¹ , Dutra MV , Mello RR , Reis AB , Martins PS	2008

				5. Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale.	Darrah J¹ , Piper M , Watt MJ .	1998
				6. Construction and validation of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). (Geen full text vindbaar)	Piper MC¹ , Pinnell LE , Darrah J , Maguire I , Byrne PJ	1992

Bijlage 6 Toelichting scoren gegevensanalyse cyclus 2

Score op kwaliteit van uitvoering van activiteiten

Wat wordt verstaan onder de kwaliteit van uitvoering van een activiteit is te lezen in het hoofdstuk theoretisch kader. Om de kwaliteit te scoren moet het instrument iets zeggen over de factoren efficiëntie, effectiviteit, inspanning en zelfstandigheid.

De score is te zien in tabel 6 factoren kwaliteit van uitvoering van activiteiten.

Kwaliteit van uitvoering van activiteiten		
Factoren zijn: Efficiëntie, inspanning, effectiviteit, zelfstandigheid	Interpretatie onderzoeksgroep	
Het instrument gebruikt één van de factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten	Slecht	1
Het instrument gebruikt twee van de factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten	Matig	2
Het instrument gebruikt drie van de factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten	Goed	3
Het instrument gebruikt alle factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten	Perfect	4

Tabel 4: Kwaliteit van uitvoering van activiteiten

Daarnaast is het ook belangrijk om te weten in welke mate de bovenstaande factoren worden gemeten. Dit is nodig, omdat dit consequenties heeft voor de inzet van het instrument. Als een instrument vier factoren oppervlakkig meet en een ander instrument twee factoren diepgaand, dan valt met het tweede instrument meer over de kwaliteit van uitvoering van activiteiten te zeggen op twee factoren, terwijl het eerste instrument vooral een algemeen beeld geeft. Bij dit criteria wordt daarom de diepgang van de factoren die het in werkelijkheid zal hebben gescoord. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat de score die het instrument op dit onderdeel krijgt, overeenkomt met de werkelijkheid.

De mate van de factoren is bepaald door de instrumenten met elkaar te vergelijken. Ook is er gekeken naar de diepgang van de factoren efficiëntie, inspanning, effectiviteit en zelfstandigheid.

Hiervoor is een score gegeven aan de mate van de factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten. De score is te zien in tabel 8 mate van de factoren van kwaliteit van uitvoering van activiteiten.

De mate van kwaliteit van uitvoering van activiteiten		
Factoren zijn: Efficiëntie, inspanning, effectiviteit, zelfstandigheid	Interpretatie onderzoeksgroep	
De mate waarin kwaliteit van uitvoering van activiteiten gemeten wordt is slecht	Slecht	1
De mate waarin kwaliteit van uitvoering van activiteiten gemeten wordt is matig	Matig	2
De mate waarin kwaliteit van uitvoering van activiteiten gemeten wordt is goed	Goed	3
De mate waarin kwaliteit van uitvoering van activiteiten gemeten wordt is perfect	Perfect	4

Tabel 5: De mate van kwaliteit van uitvoering van activiteiten

Score voor Toepasbaarheid

Voor de beoordeling van toepasbaarheid van het instrument bij kinderen met een mitochondriële aandoening, wordt er een score gegeven aan de keuzevrijheid, het niveau van functioneren en de leeftijd. De uitwerking van deze scores is hieronder toegelicht.

Keuzevrijheid

Om het instrument aan te laten sluiten bij de doelgroep, kinderen met mitochondriële aandoeningen is het belangrijk dat er keuzevrijheid is in het kiezen van de activiteit. Op deze manier kan het kind een activiteit passend op zijn of haar niveau uitvoeren.

Onder keuzevrijheid wat betreft activiteit wordt verstaan dat het kind, ouder of therapeut kan kiezen welke activiteit die uitvoert. Onder keuzevrijheid wat betreft werkwijze wordt verstaan, dat het kind zelf mag bepalen op welke manier hij of zij handelingen uitvoert. Wanneer de keuzevrijheid er niet is wat betreft werkwijze, dan is dit bijvoorbeeld vastgesteld door het instrument wat gebruikt wordt. De score is te zien in tabel 1 keuzevrijheid.

Toepasbaarheid keuzevrijheid		
	Interpretatie onderzoeksgroep	
Het kind heeft geen keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit	Slecht	1
Het kind heeft een beperkte keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit, met vastgestelde werkwijze	Matig	2
Het kind heeft keuzevrijheid wat betreft activiteit, met vastgestelde werkwijze	Goed	3
Het kind heeft keuzevrijheid wat betreft activiteit en werkwijze	Perfect	4

Tabel 1: Toepasbaarheid keuzevrijheid kind

Niveau van functioneren

Vervolgens zegt toepasbaarheid iets over het niveau van functioneren Zoals uitgelegd in het theoretisch kader hebben alle kinderen met een mitochondriële aandoening last van verschillende beperkingen. De mate van beperkingen is door Lindenschot et al. (2016) in vier categorieën verdeeld. Deze categorieën zijn gebruikt om score aan de instrumenten te kunnen geven. De score is te zien in tabel 2 toepasbaarheid niveau van functioneren.

Toepasbaarheid niveau van functioneren		
	Interpretatie onderzoeksgroep	
Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal gemiddeld functioneren	Slecht	1
Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal laag en gemiddeld functioneren	Matig	2
Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal extreem laag, laag en gemiddeld functioneren	Goed	3
Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal disharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren	Perfect	4

Tabel 2: Toepasbaarheid niveau van functioneren

Realiteitswaarde

Bij de realiteitswaarde wordt er gekeken of het instrument kan worden afgenomen in de eigen context van het kind. Onder eigen context wordt verstaan: de plek waar het kind de activiteit normaal gesproken uitvoert (bijvoorbeeld schoolse vaardigheden op school, wassen in de badkamer thuis). Dit heeft een meerwaarde, omdat de eigen context een belangrijke rol speelt bij het kunnen uitvoeren van een activiteit door een kind. De handelingsproblemen die een kind in eigen context ervaart, komen daar meer naar voren. Sommige problemen hebben ook samenhang met omgevingsfactoren die alleen in de eigen context aanwezig zijn (Hartingsveldt, Houten, Leij-Hemmen & Velden, 2014). Er kan een verstoring in het handelen optreden door belemmeringen vanuit de context. Bijvoorbeeld dat het initiatief tot uitvoering van activiteiten niet meer mogelijk is, doordat de keuze tot betekenisvolle activiteiten voor het individu ontbreekt (Le Granse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2012).

Leeftijd

Voor de beoordeling van de toepasbaarheid in de leeftijdscategorie is de leeftijdscategorie in vier onderdelen geknipt. Een voorbeeld, $\leq 1/3$ deel van de totale doelgroep betekent dat het instrument een leeftijdsrange moet hebben van maximaal 6 jaar.

De score is te zien in tabel 3 leeftijd.

Toepasbaarheid leeftijd		
	Interpretatie onderzoeksgroep	
Het instrument is niet geschikt voor $\leq 1/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar	Slecht	1
Het instrument is geschikt voor $\geq 1/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar	Matig	2
Het instrument is geschikt voor $\geq 2/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar	Goed	3
Het instrument is geschikt voor de doelgroep kinderen 0-18 jaar	Perfect	4

Tabel 3: Toepasbaarheid leeftijd

Klinimetrische eigenschappen

Tijdens de analyse is gebleken dat er in de onderzoeksgroep niet voldoende kennis aanwezig is om de toetsen die in de artikelen werden gebruikt, om te zetten naar de eigen schaal.

Op basis hiervan is ervoor gekozen om de conclusie, die in de gebruikte artikelen wordt getrokken over de klinimetrische eigenschappen, te vermelden in de resultaten. In de bijlage 5 zoekverslag cyclus 2 is uitgebreider toegelicht met welke schaal/toets het instrument is beoordeeld en welke interpretatie het artikel daarvan geeft. Deze gegevens kunnen later door de opdrachtgever of andere onderzoekers verder worden geanalyseerd en met elkaar worden vergeleken. Deze manier van beoordelen is gebruikt bij de klinimetrische eigenschappen betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit.

Wanneer ergotherapeutische instrumenten niet zijn beoordeeld op validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit, maar deze wel aansluiten bij de onderzoeksvraag worden de instrumenten meegenomen wel meegenomen in het onderzoek. Deze instrumenten zullen vervolgens nog wel moeten worden gescoord naar validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit. Het is niet haalbaar om dit binnen het gestelde onderzoekstermijn te doen door de onderzoeksgroep.

Bruikbaarheid

Onder de bruikbaarheid van het instrument wordt verstaan: De mate waarin het instrument past binnen de context van de praktijk. Hierbij wordt gekeken naar de tijdsduur (hoeveel tijd kost het om het instrument af te nemen en vervolgens de gegevens te analyseren), de kosten voor de aanschaf van het instrument en de materialen, het cursusaanbod en als laatste of er een Nederlandse versie beschikbaar is van het instrument.

Bijlage 7 Resultatentabel cyclus 1

Resultatentabel instrumenten artikel van Brug et al (2009)

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
1.	AAMR Adaptive Behavior Scale-Residential and Community						Gericht op het identificeren van adaptief gedrag
2.	ABILHAND						Is een vragenlijst die bimanuele activiteiten meet.
3.	Activities Scale for Kids (ASK)						Is een zelfbeoordelingslijst die de mate van lichamelijke beperking meet.
4.	Adaptive Behavior Assessment System						Gericht op gedrag.
5.	Assessment of Life Habits Scale/Assessment of Life Habits (Children's Short Form)						Gericht op activiteitenpatroon
6.	Assessment of Ludic Behaviors (ALB)					X	Gericht op het begrijpen van spelende kinderen.
7.	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	X	X	X	X	X	
8.	Assisting Hand Assessment		X			X	Handfunctie test
9.	Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome for Children (BADS-C)						Gericht op functie
10.	Beknopte beoordelingsmethode voor kinderhandschriften (BHK)		X			X	Gericht op één activiteit
11.	Burks Behavior Rating Scales, 2nd edition (BBRS-2)					X	Gericht op aanpassing van gedrag
12.	Callier-Azusa Scale					X	Gericht op ontwikkelingsniveau
13.	Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	X	X				Is een vragenlijst
14.	Child Occupational Self Assessment (COSA)						Is een zelfbeoordelingstest om de handelingscompetentie en waarden van het kind in kaart te brengen
15.	Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE)						Gericht op de interesses van het kind
16.	Children's Handwriting Evaluation Scale (CHES)/Children's Handwriting Evaluation Scale for Manuscript Writing (CHES-M)		X	X		X	Gericht op één soort activiteit
17.	Children's Playfulness Scale (CPS)						Is een vragenlijst
18.	Child-Initiated Pretend Play Assessment (CHIPPA)	X	X	X		X	Gericht op één activiteit

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
19.	Coping Inventory/Early Coping Inventory					X	Gericht op de copingvaardigheden van een kind
20.	COPSystem Career Guidance Program						Gericht op interesses van persoon
21.	Craig Handicap and Assessment Reporting Technique (CHART)						Gericht op participatie
22.	Environment Rating Scales (ERS): Infant/Toddler Environment Rating Scale-Revised (ITERS-R) • Early Childhood Environment Rating Scale-Revised Edition (ECERS-R) • Family Child Care Environment Rating Scale (FCCERS-R) • School-Age Care Environment Rating Scale (SACERS)						Gericht op de gesteldheid van kinderen, kinderopvang en scholen
23.	Evaluation Tool of Children's Handwriting (ETCH)			X		X	Gericht op één soort activiteit
24.	Experience Sampling Method (ESM)						Is een zelfevaluatie-test
25.	Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)					X	Enkel gericht op functie
26.	Functional Evaluation of Assistive Technology (FEAT)						Gericht op het bepalen van geschikte hulpmiddelen
27.	Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)	X				X	
28.	Gardner Social (Maturity) Developmental Scale GS(M)DS						Gericht op sociale ontwikkeling
29.	Goal Attainment Scale (GAS)						Gericht op het opstellen van doelen
30.	Home Observation for Measurement of the Environment, Revised Edition (HOME)					X	Gericht op het in kaart brengen van de sociale omgeving
31.	Interest Checklist and Activity Checklist						Gericht op de interesses van een kind
32.	Interpersonal Style Inventory (ISI)						Gericht op persoonlijkheid
33.	Juvenile Arthritis Self-Report Index (JASI)						Is een zelfbeoordelingsinstrument
34.	Klein-Bell Activities of Daily Living Scale	X					Interview
35.	Korte Observatie Ergotherapie Kleuters (KOEK)		X	X		X	Gericht op één soort activiteit
36.	Leisure Satisfaction Questionnaire/Leisure Satisfaction Scale						Is een vragenlijst
37.	London Handicap Scale						Gericht op participatie
38.	Matching Person and Technology (MPT)						Gericht op het selecteren van ondersteunende technologie

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
39.	Measure of Quality of the Environment						Gericht op omgevingsinvloed op de vervulling van de rol van de persoon in het dagelijks leven
40.	Measure Yourself Medical Outcome Profile (MYMOP)						Gericht op interesses van het kind
41.	Miller Function and Participation Scales M-FUN-PS					X	Gericht op participatie
42.	Minnesota Handwriting Assessment (MHA)		X	X		X	Gericht op één soort activiteit
43.	Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS)						Is een zelfbeoordelingstest
44.	Occupational Questionnaire (OQ)						Is een vragenlijst.
45.	Participation Scale (P-scale)						Gericht op participatie
46.	Pediatric Activity Card Sort (PACS)						Foto interview
47.	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)						Gericht op functie
48.	Pediatric Interest Profiles: Survey of Play for Children and Adolescents						Gericht op interesses van het kind
49.	Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ) (Versie 2.1, 2008)						Is een vragenlijst
50.	Perceive, Recall, Plan and Perform System (PRPP)		X	X		X	
51.	Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS)						Gebruik van foto's, enquêtes en vragenlijsten.
52.	Personal Care Participation Assessment and Resource Tool (PC-PART), Formerly the HART	X					Gestructureerd interview
53.	Play History						Gesprek met ouders
54.	Preferences for Activities of Children (PAC)						Gericht op interesses van het kind
55.	Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS-2)						Gericht op sociale vaardigheden en probleemgedrag
56.	Preschool Play Scale, Revised	X	X	X		X	
57.	Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS)						Gericht op de impact van ondersteunende hulpmiddelen
58.	Quebec User Evaluation of Satisfaction With Assistive Technology (QUEST)						Meet tevredenheid van ondersteunende hulpmiddelen bij de gebruikers. Is een vragenlijst

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
59.	Reading-Free Vocational Interest Inventory: 2 (RFVI-2)						Geeft informatie over interesse gebieden.
60.	Rhode Island Stress and Coping Inventory (RISCI)						Geeft inzicht in eigen stress en/of coping gedrag.
61.	Rivermead Behavioural MemoryTest/Children's version/ Extended version (RBMT-C)						Richt zich op het opsporen en vaststellen van geheugenstoornissen.
62.	Role Checklist						Inventarisatie van welke rollen iemand vervult.
63.	Satisfaction With Performance Scaled Questionnaire (SPSQ)						Meet de eigen tevredenheid van het handelen. Is een vragenlijst.
64.	Scales of Independent Behavior, Revised (SIB-R)						Is een vragenlijst.
65.	School Assessment of Motor and Process Skills (School AMPS)	X	X	X	X	X	
66.	School Function Assessment; Assistive Technology supplement (SFA)					X	Gericht op functie niveau
67.	School Setting Interview (SSI)						Is een interview waarbij wordt gevraagd of iemand speciale behoeftigheden nodig heeft op school.
68.	Self-Perception Profiles (for adolescents, for children)						Meet de eigenwaarde van een kind.
69.	Sensorimotor Performance Analysis (SPA)						Gericht op fijne en grove motorische taken.
70.	Sensory Processing Measure (SPM)						Waarderingschaal voor ouders of docent of de sensorische vaardigheden van het kind.
71.	Short Children Occupational Profile (SCOPE) (versie 2.2, 2008)		X	X	X	X	
72.	Social Communication Questionnaire (SCQ)						Is een vragenlijst.
73.	Social Competence and Behavior Evaluation, Preschool edition (SCBE)						Gaat in op de sociale competentie. bijv. affectieve expressie, emotionele aanpassen.
74.	Social Profile (SP)						Gericht op sociale vaardigheden
75.	Standaard Observatie ErgotherapieSchrijven en Sensomotorische Schrijfvoorwaarden (SOESSS)			X		X	Is gericht één activiteit, namelijk schrijven.

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
76.	Street Survival Skills Questionnaire (SSSQ)						Is een vragenlijst.
77.	Structured Observation and Report Technique (SORT)					X	Gericht op activiteitenpatroon.
78.	Student Behavior Survey						Gericht op school specifieke gedragingen.
79.	Tennessee Self-Concept Scale						Is een zelfbeoordeling
80.	Test of Environmental Supportiveness (TOES)						Onderzoekt het effect van de omgeving op een kind.
81.	Test of Everyday Attention/Test of Everyday Attention for Children						Onderzoekt de aandacht vaardigheden die van invloed kunnen zijn op dagelijks gedrag.
82.	Test of Mouse Proficiency						Meet computermuis vaardigheden.
83.	Test of Playfulness (TOP)		X	X		X	
84.	Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA)			X		X	
85.	Video Observatie Aarts Aarts (VOAA)			X		X	Is alleen gericht op functies
86.	Vineland Adaptive Behavior Scales, Revised (VABS)						Is een interview en ouder/verzorger waarderingsschaal
87.	Visual Aural Digit Span Test						Test voor visuele, auditieve integratie en korte termijn geheugen
88.	Vocational Research Institute Inventory						Bekijkt arbeidsinteresses
89.	Vulpe Assessment Battery-Revised	X				X	Meet fijne en grove motorische vaardigheden/functies

Resultatentabel instrumenten artikel Koene et al (2013)

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
1.	KIDSCREEN-52						Is een vragenlijst
2.	Paediatric Evaluation of Disabilities Inventory						Is een vragenlijst
3.	PedsQL Multidimensional Fatigue Scale				X		Is een vragenlijst
4.	Accelerometer						Is een apparaat/meter
5.	Graded and timed function tests						Is een functietest
6.	6-minute walking test						Is een functietest
7.	Gross Motor Function Measure						Is een functietest
8.	Alberta Infant Motor Scale		X	X		X	
9.	Motor Function Measure						Is een functietest
10.	Maximal voluntary isometric Contraction						Is een functietest
11.	Medical Research Council Scale					X	Is een functietest
12.	Speckle tracking MRI or 2D/3D strain imaging						Meet hart contractie
13.	Modified Tardieu Scale						Is een functietest
14.	Movement Disorder Childhood Rating Scale					X	Observatie enkel gericht op functies (/bewegingsstoornissen)
15.	Optional tests Jebsen–Taylor Test of Hand Function						Is een functietest
16.	Forced vital capacity						Is een functietest
17.	Sniff Nasal Inspiratory Tests						Is een functietest
18.	Isokinetic dynamometer						Is een functietest
19.	Infant Toddler Quality of Life Questionnaire						Is een vragenlijst
20.	Child Health Questionnaire						Is een vragenlijst
21.	Family Strain Questionnaire						Is een vragenlijst
22.	Assessment of Preschool Children's Participation						Is een vragenlijst
23.	Wechsler Intelligence Scale for Children IV						Is een Intelligentietest
24.	Children's Depression Rating Scale – Revised					X	Richt zich op depressie
25.	Reynell Developmental Language Scale III or Test of Early Communication and Emerging Language						Is een test gericht op spraak en taal
26.	Eyberg Child Behaviour Inventory						Is een vragenlijst
27.	Checklist Individual Strength				X		Is een vragenlijst
28.	OMNI scale				X		Is een vragenlijst
29.	Maximal Exercise Test						Is een functietest
30.	Assisted 6-min cycling test for arms and legs						Is een functietest

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege:
		Zelfstandigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
31.	Newcastle Paediatric Mitochondrial Disease Scale						Is een functietest
32.	Growth charts						Is een functietest
33.	International Cooperative Ataxia Rating Scale						Is een functietest

Resultatentabel Database search

Instrumenten		Gericht op uitvoering van activiteiten				Observatie	Exclusie vanwege
		Zelfstndigheid	Effectiviteit	Efficiëntie	Inspanning		
1.	ActiGraph GT3X						Functie gericht, accelerometer
2.	Activities Scale for Kids performance (ASKp) ASKp- 38 versie ASKp- 30 versie						Functie gericht
3.	Assessment of Preschool Children's Participation (APCP)						Participatie gericht, een enquête voor ouders
4.	Bayley Scales of Infant and Toddler Development (BSID-III)					X	Gericht op ontwikkelingsverloop van kind
5.	Box and block Test					X	Eenhandig werken, functie gericht
6.	Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-second edition					X	Functie gericht instrument dat grove en fijn motorische vaardigheden meet.
7.	Dynamic Performance Analysis (DPA)	X	X	X		X	
8.	Edinburgh Visual Gait Score (EVGS)					X	Functie gericht instrument dat verandering in lopen analyseert.
9.	Goals Activity Motor Enrichment (GAME)						Is een therapie vorm gericht op motorische training.
10.	Gros Motor Measure; Gross Motor Measure- 66					X	Functie gericht
11.	Manual Ability Classification System (MACS)	X	X				Geen observatie, functie gericht
12.	Modified Ashworth Scale						Gericht op spasticiteit van spieren
13.	Modified Tardieu Scale						Gericht op spasticiteit van spieren
14.	Movement Assessment Battery for Children (movement ABC)/ Movement Assessment Battery for Children (MABC-II)						Checklist, geen observatie, over vaardigheden van kinderen
15.	Observational Skills Assessment Score (OSAS)		X			x	Functie gericht
16.	Pediatric Motor Activity Log						Gestructureerd interview
17.	Pediatric Quality of Life Cerebral Palsy Module (PQLCPM)				X		Geen observatie, gericht op kwaliteit van leven
18.	Raven's Coloured Progressive Matrices						Gericht op verbale communicatie

Bijlage 8 Gegevens afzonderlijke instrumenten cyclus 2

Dynamic Performance Analysis (DPA)		
Gegevens instrument	Doel	Het doel van DPA is om problemen in de prestatie op te lossen, in de uitvoering van de gewenste activiteit (Polatajko, Mandich, Martini, 2000). Problemen of storingen in de prestatie identificeren en mogelijke strategieën testen om het probleem op te lossen. (Polatajko, Mandich, 2000)
	Doelgroep	Niet bekend Vanaf 2/3 jaar, vanaf die leeftijd is planmatig handelen te zien en te bespreken.
	Tijdsduur	Zo lang als de activiteit duurt
	Benodigdheden	De DPA: de beslisboom
	Beschrijving	De DPA is een klinische beslisboom om te analyseren welke problemen er zijn in de uitvoering van een activiteit. Door middel van de beslisboom, weet je over elke storing waar het aan ligt en in welk gebied (handelen / omgeving) er mogelijkheden (in ondersteuning of aanpassen van eisen) zijn (Polatajko, Mandich, 2000). De DPA gebruikt de DPAR (Dynamic Performance Analysis Record) om de bevindingen van de DPA op te nemen en beoordeeld de prestaties op tijd (Polatajko, Mandich, 2000). Vooraf is het belangrijk om inzicht te krijgen in de motivatie van het kind om de taak uit te voeren en bepalen of het kind begrijpt hoe die de activiteit zou moeten uitvoeren. Op basis hiervan wordt de DPA wel of niet gestart (Polatajko, Mandich, 2000)
	Kosten	Niet bekend
Toepasbaarheid	Keuzevrijheid	Het kind heeft keuzevrijheid wat betreft activiteit en werkwijze (4) Het kind moet vooraf wel begrijpen hoe hij de activiteit moet uitvoeren, dus welke werkwijze hij gebruikt
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal laag en gemiddeld functioneren (2)
	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor $\geq 2/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar (3)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Efficiëntie: Wanneer de vaardigheden van de cliënt niet adequaat zijn, wordt er bijvoorbeeld wel vaardigheden (motorische vaardigheden bijvoorbeeld) uitgehaald die niet adequaat zijn. Daar moet de therapeut zelf mee komen. Effectiviteit: De therapeut kan analyseren of het kind het doel van de activiteit heeft behaald. Inspanning: Wanneer dit niet voldoende is voor de therapeut dan wordt dit wel beschreven. Zelfstandigheid: Er wordt niet beschreven waar hulp bij wordt gevraagd of waar hulp wordt geboden, er wordt enkel gekeken naar de vaardigheid die dan niet lukt. Het ligt dus aan de observatie van de therapeut welke onderdelen aan bod komen, en de interpretatie van de therapeut. Hierdoor is het niet te scoren op kwaliteit van uitvoering van activiteiten Aantal factoren: (-) Mate van factoren: (-)

		Het instrument zelf geeft over geen van de vier factoren een uitspraak, alles moet worden geïnterpreteerd door de ergotherapeut.
Klinimetricsche eigenschappen	Validiteit	Niet bekend
	Betrouwbaarheid	Niet bekend
	Responsiviteit	Niet bekend
	Totale score	9
	Bruikbaarheid	Enkel te gebruiken in combinatie met de CO-OP.
	Realiteitswaarde	Kan in eigen context worden afgenomen

Gebruikte bronnen

Polatajko, H.J., Mandich, A. (2004) *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa, COAT Publications ACE.

Polatajko, H.J., Mandich, A., Martini, R. (2000) *Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance*. The American journal of occupational Therapy: 2000 (54): 65-72

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)		
Gegevens instrument	Doel	Het meten van de kwaliteit van het handelen in basis- en instrumentele activiteiten van het dagelijks leven en om te helpen bij de planning van interventies. Tevens dient het als evaluatiemiddel om te kijken of een interventie vooruitgang laat zien (AMPS Nederland, 2015).
	Doelgroep	De AMPS kan afgenomen worden bij personen waarbij men problemen vermoedt of constateert bij het uitvoeren van alledaagse taken. De AMPS is geschikt voor alle leeftijden vanaf ongeveer drie jaar, ongeacht de diagnose (AMPS Nederland, 2015).
	Tijdsduur	De totale duur bedraagt ongeveer 2 á 3 uur: interview, observeren, scoren en rapporteren. Dit is enigszins afhankelijk van het tempo van de cliënt en de ervaring die de therapeut heeft met het instrument (AMPS Nederland, 2015).
	Benodigdheden	Handleiding, scoreformulieren en afhankelijk van de taak die uitgevoerd moet worden, zijn er extra benodigdheden nodig (AMPS Nederland, 2015).
	Beschrijving	De Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie instrument waarmee de ergotherapeut het functioneren van een cliënt in alledaagse huishoudelijke en zelfzorg taken kan beoordelen. De kwaliteit van dit functioneren wordt beoordeeld op de fysieke inspanning die het kost om de taak te kunnen uitvoeren, of het handelen efficiënt en veilig gebeurt en of de persoon dit zelfstandig kan. Doordat bij elke uitgevoerde taak de sterke en zwakke motorische (16 vaardigheden) en procesvaardigheden (20 procesvaardigheden) duidelijk worden, wordt inzichtelijk waarom een cliënt problemen heeft met alledaagse taken. Motorische en procesvaardigheden zijn de observeerbare gedragingen die bij elke taak terugkomen en in die zin universeel genoemd kunnen worden. Motorische vaardigheden zijn te zien wanneer de persoon zichzelf beweegt en omgaat met voorwerpen. Procesvaardigheden zijn gedragingen die te zien zijn bij het organiseren van een taak zoals het op een logische volgorde uitvoeren, het weten welke gereedschappen en materialen nodig zijn en hoe deze te gebruiken en het effectief kunnen oplossen van een probleem dat men ondervindt. De AMPS bevat 125 huishoudelijke en zelfzorg taken die gerangschikt zijn naar moeilijkheid en in diverse culturen gebruikt kunnen worden. Minimaal twee taken moeten worden uitgevoerd. Deze moeten uitdagend en belangrijk zijn voor de cliënt (AMPS Nederland, 2015).
Toepasba	Kosten	Basiscursus: € 1350,- inclusief Engelstalige handleidingen, software en ijking na 3 maanden, inclusief terugkomdag, Nederlandstalige handleiding en catering (AMPS Nederland, 2015).
	Keuzevrijheid	Het kind heeft een beperkte keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit, met vastgestelde werkwijze (2)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal laag en gemiddeld functioneren (2)

	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor $\geq 2/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar (3)
	De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit	Efficiëntie: disorganisatie, oneigenlijk gebruik van tijd, ruimte of voorwerpen (procesvaardigheden) Effectiviteit: Het instrument scoort zelf niet op 'doel wel/niet behaald' Inspanning: Onhandigheid, fysieke inspanning, vermoeidheid (motorische vaardigheden) Zelfstandigheid: fysieke of verbale assistentie, met frequentie daarvan Aantal factoren: (3) Mate van factoren: (4) De mate is perfect omdat in de conclusie de kwaliteit van uitvoering van activiteiten (handelen) wordt beschreven
Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Differences in activities of daily living (ADL) abilities of children across world regions: a validity study of the assessment of motor and process skills. Doelgroep: Kinderen (2-15 jaar) uit verschillende werelddelen, kinderen uit Midden Europa in vergelijking met kinderen uit Noord-Amerika, Verenigd Koninkrijk/Ierland, Scandinavische landen, West-Europa, Australië/Nieuw Zeeland en Azië. Methode: Rasch en two-way ANOVA analyses Conclusie: Regio [$F \geq 15.32$, D.F. = (6, 11 091), $MSE \geq 0.20$, $p < 0.001$, $\eta^2(2) \geq 0.008$], en de leeftijd van [$F \geq 253.47$, D.F. = (13, 11, 091), $MSE \geq 0.20$, $p < 0.001$, $\eta^2(2) \geq 0.229$], en een significant interactie-effect voor de gemiddelde ADL proces vermogen [$F = 1.48$, D.F. = (78, 11 091), $P = 0.004$, $\eta^2(2) = 0.010$] (Gantschnig, Fisher, Page, Meichtry, Nilsson, 2015) Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to determine the need for assistance Doelgroep: Dementerend in midden Europa Methode: Retrospectieve analyse en split-sample methode Conclusie: Out of 168 estimated contrasts between Middle Europe and the other world regions for mean ADL motor and ADL process ability, seven were statistically significant (4.17%), motor ability, four were statistically significant (2.38%) (see Table 2) and for ADL process ability, three were statistically significant (1.79%). AUC estimates ranged from .68 to .85 (poor to good ratings) for ADL motor ability and from .72 to .92 (fair to excellent ratings) for ADL process ability (Table 3). (Merriam, 2011)

Betrouwbaarheid	The alternate forms reliability of the new tasks added to the assessment of motor and process skills Doelgroep: Niet bekend Methode: Paired T tests and The Pearson product moment correlations: New vs. Old: Conclusie: $R = 0.92$, $p < .001$ for motor ability measures and $r = .77$, $p < .001$ for process ability measures. We found that 100% of the ADL motor ability measures had standardized differences less than 2.00 ($p < .05$) and 97% of the ADL process ability measures had standardized differences less than 2.00 ($p < .05$) Considered together, the results support good alternate forms reliability of the ADL motor and ADL process ability measures (Ellison, Fisher, Duran, 2001)
Responsiviteit	Niet bekend
Totale score	14
Bruikbaarheid	Hier is een cursus voor nodig
Realiteitswaarde	Instrument kan worden afgenomen in eigen context

Gebruikte bronnen

AMPS Nederland, (2015). *AMPS*. Geraadpleegd op 8 december 2016 van <http://ergo-amps.nl/>

Burg, P., van den, Gieles, P., Kropman, A. (2009) *Adviesrapport en Onderzoeksrapport kinderassessments gericht op participatie- en activiteitsniveau*. Gedownload op 5 oktober van kennisbank.hva.nl/document/219817

Center for Innovative OT Solutions (z.d.) *Assessment of Motor and Process Skills*. Geraadpleegd op 8 december 2016 van <http://innovativeotsolutions.com/tools/amps>

Ellison, S. Fisher, A.G., Duran, L. (2001) *The alternate forms reliability of the new tasks added to the assessment of motor and process skills*. *Journal of applied measurement*. 2001: 2 (2) 121-134

Fioravanti A.M., Bordignon, C.M., Pettit, S.M. Woodhouse, L.J., Ansley, B.J., (2012) *Comparing the responsiveness of the assessment of motor and process skills and the functional independence measure*. *Canadian Journal Occupational Therapy* 2012 juni 79 (3): 167-74

Grantschnig, B.E., Fisher, A.G., Page, J. Meichtry, A., Nilsson, I. (2015) *Differences in activities of daily living (ADL) abilities of children across world regions: a validity study of the assessment of motor and process skills*. *Child Care Health Development*: 2015 41 (2): 230-238

Hensgens, J. (2012) *AMPS Taken en vaardigheden*. Scholing en Advies ergotherapie, Landgraaf. Gebaseerd op AMPS-manual Vol 2. Rev. Editie 2012 van Prof A. Fisher & Bray Jones, K.

Merritt, B. K. (2011). *Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to determine the need for assistance*. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 643–650. doi:10.5014/ajot.2011.000547

Preschool Play Scale, Revised (PPS-R)		
Gegevens instrument	Doel	Een gestructureerde evaluatie van het spontaan speelgedrag van kinderen, gebruikt om hun ontwikkelingsleeftijd te peilen. (Knox, 1997)
	Doelgroep	0-6 jr (pilot uitgevoerd met kinderen met een verstandelijke beperking) (van den Burg, Gieles, Kropman 2009).
	Tijdsduur	30 minuten per 'activiteit' (Pacciulio, Pfeifer, Santos, 2010).
	Benodigdheden	Niet bekend
	Beschrijving	Het instrument is ontworpen om ontwikkelingsstoornissen te beschrijven van het speelgedrag van het typisch speelgedrag. Het beschrijft het spelen van kinderen van de geboorte tot 3 jaar (in periodes van 6 maanden) en per jaar van 3 tot 6 jaar. Het kind speelt vrij in eigen omgeving. Er worden 4 dimensies beoordeeld: Grove motoriek (beweging in de ruimte), materiaalbeheer, imitatie/inzicht en participatie (Pacciulio, Pfeifer, Santos, 2010).
	Kosten	Niet bekend
Toepasbaarheid	Kind mag kiezen	Het kind heeft een beperkte keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit, met vastgestelde werkwijze (2) Het heeft geen vastgestelde werkwijze, maar de activiteit die gekozen kan worden valt binnen 1 domein.
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal dysharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren. (4)
	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor $\geq 1/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar (2)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Het instrument zelf zegt iets over de onderdelen van efficiëntie, namelijk de motorische vaardigheden en de aandacht. De ergotherapeut kan een interpretatie doen over de andere factoren van kwaliteit. Aantal factoren: (1) Mate van factoren: (1), Op twee van de punten van efficiëntie scoort het instrument. Over de rest van de factoren wordt niks gezegd. Er is weinig diepgang.
Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Revised Knox Preschool Play Scale: interrater agreement and construct validity Doelgroep: normaal ontwikkelde kinderen (zonder enige diagnose), leeftijd van 36 tot 72 maanden. Methode: Pearson product-moment correlation coefficients, intraclass correlation coefficients according to Tinsley and Weiss 1975. Conclusie: For the overall play age, the scores of the two raters were within 8 months of each other 86.8% of the time; for the 4 dimension scores, they were within 12 months of each other 91.7% to 100% of the time; and for the 12 category scores, they were within one age level of each other 81.8% to 100% of the time. Construct validity results showed a general match between the children's chronological ages and their overall play age scores (Jankovich, Mullen, Rinear, Tanta, Deitz, 2008) Examining Reliability and Validity of the Preschool Play Scale With Handicapped Children Doelgroep: 60 beperkte/invalide schoolkinderen van 2 maand tot 5 jaar en 11 maand.

		Methode: Kendall tau correlation between the Lunzer and PPS scores. Conclusie: These Kendall tau correlations were all significant and ranged from .60 to .64 (Harrison, Kielhofner, 1986).
	Betrouwbaarheid	Assessment of Pretend Play in Preschool-Aged Children: Validation and Factor Analysis of the Affect in Play Scale–Preschool Version Doelgroep: Kinderen van een kleuterschool met de leeftijd van 4-5 jaar. overwegend blanke kinderen, deels kinderen met twee verschillende achtergronden, deels aziatische, deels afro-amerikaanse, deels spaans/latijns en een klein deel hawaiaanse. Methode: Intraclass correlation coefficients (ICCs) Conclusie: For the APS–P, the average ICCs were .92 for no play, .89 for functional play, .95 for pretend play, .85 for imagination, .77 for organization, .91 for elaboration, .91 for comfort, .89 for total affect, .95 for variety of affect, .83 for positive affect, .96 for negative affect, and .94 for undefined affect. De interrater reliability was excellent for the APS-P wanneer het >0.90 scoort. Examining Reliability and Validity of the Preschool Play Scale With Handicapped Children Doelgroep: 60 beperkte/invalide schoolkinderen van 2 maand tot 5 jaar en 11 maand. Methode: intraclass correlation coefficients (ICC) Conclusie: The following labels have been offered to interpret the ICC: .81-1.0, almost perfect; .61-.80, substantial; .41-.60, moderate; .21-.40, fair; and .00-.20, slight (J 8). For this research, an ICC of .61 or higher was considered minimally adequate for interrater reliability. Eight of the 16 categories yielded correlation coefficients of .80 or higher. Coefficients for the territory, exploration, manipulation, interest, attention, and type categories ranged from .55 to .77. Two categories, music and books, were observed so infrequently that correlation coefficients could not be calculated An ICC of .61 or higher was considered minimally adequate for interrater reliability.(Harrison, Kielhofner, 1986).
	Responsiviteit	Niet bekend
Totale score		10
Bruikbaarheid		Niet getest in Nederland
Realiteitswaarde		Kind speelt in eigen context

Gebruikte bronnen

Burg, P., van den, Gieles, P., Kropman, A. (2009) *Adviesrapport en Onderzoeksrapport kinderassessments gericht op participatie- en activiteitsniveau*. Gedownload op 5 oktober van kennisbank.hva.nl/document/219817

Harrison, H. & Kielhofner, G. (1986) Examining Reliability and Validity of the Preschool Play Scale With Handicapped Children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40 (1), 167-173

Jankovich, M., Mullen, J. Rinear, E. Tanta, K., Deitz, J. (2008) *Revised Knox Preschool Play Scale: interrater agreement and construct validity*. American journal of occupational therapy: 2008: 62 (2) 221-227

Knox, S. (1997). Development and current use of the Knox Preschool Play Scale. In D. Parham & L. Fazio (Eds.), *Play in Occupational Therapy for Children*. (pp. 35–51). St. Louis, MO: Mosby.

Pacciulio A.M., Pfeifer, L. I., Santos, J.L.F., (2010) *Preliminary reliability and repeatability of the Brazilian version of the Revised Knox Preschool Play Scale*. Occupational Therapy international: 2010: 17 (2): 74-80

Fehr, K.K. & Russ, S.W. (2014) *Assessment of Pretend Play in Preschool-Aged Children: Validation and Factor Analysis of the Affect in Play Scale–Preschool Version*. Journal of Personality Assessment, 96, 350-357

School Assessment of Motor and Process Skills (School AMPS)		
Gegevens instrument	Doel	De School AMPS meet welke vaardigheden op motorisch gebied en op procesmatig gebied het handelen op school negatief beïnvloeden en/of welke vaardigheden juist sterk zijn in het kunnen functioneren op school. De School AMPS kan worden gebruikt voor het opzetten van interventies of als uitkomstmaat waarin kan worden gemeten of de uitvoering is veranderd (AMPS Nederland, 2015).
	Doelgroep	Schoolgaande kinderen van 3-12 jaar (AMPS Nederland, 2015)
	Tijdsduur	De totale duur is afhankelijk van het soort taak en de uitgebreidheid van die taak. Er dienen twee of drie taken te worden gedaan. Voor de observatie worden geen andere activiteiten uitgevoerd dan welke de docent heeft opgegeven, daarom wordt er geen extra schooltijd gevraagd. Het gesprek met de docent duurt ongeveer 20 minuten en vindt buiten de klas plaats (AMPS Nederland, 2015).
	Benodigdheden	De benodigdheden zijn afhankelijk van de taak die uitgevoerd moet worden. In elk geval de handleiding en het scoreformulier School AMPS (AMPS Nederland, 2015).
	Beschrijving	De School AMPS is een aangepaste versie van de AMPS en ontwikkeld voor ergotherapeuten om een leerling in de schoolse omgeving te observeren. De ergotherapeut observeert in de eigen klas van de leerling terwijl deze leerling met andere kinderen een opdracht uitvoert. De docent bepaalt welke opdracht en hoe deze uitgevoerd moet worden. Dit kan in het reguliere onderwijs zijn of in het speciaal onderwijs. De ergotherapeut houdt een interview met de docent waarin globaal de doelstelling van de School AMPS en werkwijze wordt verteld. De docent geeft aan wat voor problemen het betreffende kind met schoolse werkjes heeft en samen wordt gekeken welke twee of drie taken geschikt zijn om te observeren. De School AMPS bestaat uit 5 categorieën met daarin 25 verschillende taken/activiteiten. De taken zijn taken zoals deze normaal door de leerlingen in die klas worden uitgevoerd. Het ritme in de klas wordt normaliter niet verstoord. De ergotherapeut observeert het kind in een groep van vier of vijf kinderen. Het betreffende kind is niet op de hoogte van de observatie. Na de observatie vult de ergotherapeut het scoringsformulier in (16 motorische en 20 procesvaardigheden) en analyseert en interpreteert de gegevens. Hiervan wordt een kort verslag gemaakt. De gegevens worden met de docent nabesproken. De gegevens kunnen ook naar de ouders toe (AMPS Nederland, 2015).
Toepasbaarheid	Kosten	€ 1255,- inclusief Engelstalige manual, Nederlandstalige manual. OTAP software, licentie voor 2 jaar en ijking na 3 maanden. Exclusief lunch (AMPS Nederland, 2015).
	Keuzevrijheid	Het kind heeft geen keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit (1)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal laag en gemiddeld functioneren (1) Het instrument is alleen bruikbaar bij schoolkinderen. Wanneer door zware beperkingen het kind niet naar school kan is het instrument niet bruikbaar.

	Leeftijd	Het instrument is toepasbaar bij $\geq 1/3$ deel van de totale doelgroep (2) Dit zijn alleen schoolgaande kinderen
	De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit	Efficiëntie: disorganisatie, oneigenlijk gebruik van tijd, ruimte of voorwerpen (cognitieve vaardigheden) Effectiviteit: Het instrument scoort zelf niet op 'doel wel/niet behaald' Inspanning: Onhandigheid, fysieke inspanning, vermoeidheid (motorische vaardigheden) Zelfstandigheid: fysieke of verbale assistentie, met frequentie daarvan Aantal factoren: (3) Mate van factoren: (4) De mate is perfect omdat in de conclusie de kwaliteit van uitvoering van activiteiten (handelen) wordt beschreven
Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Naturalistic Assessment of Functional Performance in School Settings: Reliability and Validity of the School AMPS Scales Doelgroep: Niet bekend Methode: Rater betrouwbaarheid, interne schaal validiteit en persoonreactie geldigheid: Goodness of fit: Conclusie: (MnSq $\leq 1,4$ en $z < 2$) 93,7 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS motorschaal, 88,9 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS processchaal (Fisher, Bryze, Atchison, 2000)
	Betrouwbaarheid	Reliability of the School AMPS measures Doelgroep: Schoolgaande gezonde kinderen Methode: Split-half (verticaal & horizontaal), Rash equivalent van Alpha Cronbach's en standaard meetfout (SEM) Conclusie: Hoge betrouwbaarheid coëfficiënt schattingen ($R \geq 0,70$) en de algehele SEM was laag (Munkholm, Löfgren, Fisher, 2010) Naturalistic Assessment of Functional Performance in School Settings: Reliability and Validity of the School AMPS Scales Doelgroep: Schoolgaande gezonde kinderen Methode: Rater betrouwbaarheid, interne schaal validiteit en persoonreactie geldigheid: Goodness of fit: Conclusie: (MnSq $\leq 1,4$ en $z < 2$) 93,7 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS motorschaal, 88,9 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS processchaal (Fisher, Bryze, Atchison, 2000)
	Responsiviteit	Niet bekend
Totale score		11
Bruikbaarheid		Cursus is noodzakelijk
Realiteitswaarde		Kan ik eigen context worden afgenomen

Gebruikte bronnen

AMPS Nederland (2015) *AMPS*. Geraadpleegd op 8 december 2016 van <http://ergo-amps.nl/school-amps/>

Burg, P., van den, Gieles, P., Kropman, A. (2009) *Adviesrapport en Onderzoeksrapport kinderassessments gericht op participatie- en activiteitsniveau*. Gedownload op 5 oktober van kennisbank.hva.nl/document/219817

Fisher, A.G., Bryze, K. Atchison, B. T. (2000) *Naturalistic Assessment of Functional Performance in School Settings: Reliability and Validity of the School AMPS Scales*. Journal of Outcome Measurement 4(1): 491-512

Fisher, A.G., Bryze, K., Hume, V. Griswold, L.A. (2007) *School AMPS*. USA: Fort Collins, CO: Three Starr Press.

Munkholm M., Löfgren, B., Fisher A.G. (2010) *Reliability of the School AMPS measures*. Scandinavian Journal of occupational therapy: 2012,19(1): 2-8

Short Children Occupational Profile (SCOPE) (versie 2.2, 2008)		
Gegevens instrument	Doel	Sterke en zwakke kanten van het handelen en de participatie van een kind ongeacht symptomen, diagnose, leeftijd of de behandelsetting in kaart brengen, op basis van de factoren die de MOHO-concepten vertegenwoordigen: 'wil', 'gewenning', 'vaardigheden' en de 'omgeving'. Beoordelen van veranderingen in de participatie en in het handelen van het kind om de uitkomsten van de therapie te evalueren (ten Velden et al, januari 2011).
	Doelgroep	Leeftijd: 0 - 21 jaar; ongeacht diagnose, behandelsetting (ten Velden et al, januari 2011).
	Tijdsduur	5 – 30 minuten voor het invullen van de SCOPE (ten Velden et al, januari 2011).
	Benodigdheden	Handleiding en score formulier (ten Velden et al, januari 2011)
	Beschrijving	De SCOPE-NL (versie 2.2) bestaat uit 25 items die onderverdeeld zijn in zes segmenten, gebaseerd op het MOHO. Namelijk; Wil, gewenning, communicatie en interactievaardigheden, procesvaardigheden, motorische vaardigheden en de omgeving. De eerste 5 segmenten hebben rechtstreeks verband met persoonlijke factoren van het kind en de invloed op de participatie en uitvoering van activiteiten. Hier wordt het kind gescoord. De SCOPE-NL is ontwikkeld om een handelingsgericht, cliëntgericht en op theorie gebaseerd instrument te zijn waarbij de theorie leidend is gedurende het proces van professioneel redeneren. De kracht van de SCOPE-NL ligt in zijn mogelijkheid om duidelijke patronen van sterke en minder sterke kanten aan te geven, die gebruikt kunnen worden om interventies te plannen met behulp van de theorie van het Model Of Human Occupation (MOHO)(Kielhofner, 2008)(Velden ten, M., et al, januari 2011). Voor SCOPE-NL is het niet nodig dat het kind of de ouders een gestandaardiseerde observatie, taak of activiteit uitvoeren. Er worden geen eisen gesteld aan het aantal of hoeveelheid observaties, interviews of kwalitatieve gegevens. De hoeveelheid informatie die nodig is om de beste beslissingen te nemen over scores verschilt per behandelsetting. Informatie kan verzameld worden door (in)formele observatie, gesprekken met kind (wanneer mogelijk), gesprekken met ouders/md-team, leerkrachten, gegevens uit dossiers, andere MOHO instrumenten naast de SCOPE-NL. Door het invullen van de scores op het scoreformulier wordt er een visueel handelingsprofiel geschetst. Op het scoreformulier wordt vervolgens een sterkte-zwakte analyse beschreven. Er zijn twee manieren om de sterke en minder sterke kanten van een kind te bespreken: • Omschrijven van de uitvoering bij een specifiek SCOPE-NL item. • Vergelijken van de uitvoering bij verschillende SCOPE-NL segmenten De SCOPE-NL is ontworpen om te kunnen gebruiken als een uitkomst instrument. Omdat de SCOPE-NL gebruik maakt van flexibel verzamelde gegevens en snel gescoord kan worden is de SCOPE-NL een instrument om verandering vast te leggen. Therapeuten kunnen dit doen op het 'SCOPE-NL Meervoudig Samenvattend Scoreformulier'.

		Sterkte-zwakte analyse: • Omschrijven van de uitvoering bij een specifiek SCOPE-NL item. De item criteria kunnen gebruikt worden bij het schrijven van een evaluatie gebaseerd op de SCOPE-NL. De criteria helpen anderen te begrijpen hoe elk SCOPE-NL item invloed heeft op de participatie in het handelen van een kind en hoe een beroep doen op wil, gewenning, vaardigheden en de omgeving tijdens interventie het kind in staat stelt zijn/haar doelen te behalen. De criteria toelichtingen kunnen aangepast worden, met informatie over het kind, om zijn/haar unieke situatie weer te geven (ten Velden et al, januari 2011).
	Kosten	Engelse handleiding (versie 2.2) kost \$40,00 Nederlandse handleiding: Gratis Cursus: onbekend
Toepasbaarheid	Keuzevrijheid	Het kind heeft keuzevrijheid wat betreft activiteit en werkwijze (4)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal dysharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren. (4)
	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor de doelgroep kinderen 0-18 jaar (4)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Efficiëntie: motorische vaardigheden: houding en mobiliteit, coördinatie, kracht, energie/uthoudingsvermogen cognitieve vaardigheden: procesvaardigheden: begrijpt en gebruik objecten, oriëntatie op omgeving, plannen en beslissingen maken, problemen oplossen; communicatie & interactie vaardigheden; wil; gewenning; Effectiviteit: door de criteria zeggen de scores of het handelen het resultaat vergemakkelijkt, mogelijk maakt, belemmert of verhindert (4-puntschaal). Zodoende blijkt of het kind het resultaat behaalt. Zelfstandigheid: - Inspanning: Energie/uthoudingsvermogen: Het kind is in staat om een geschikt energieniveau te behouden om te kunnen participeren tijdens het handelen. Aantal factoren: (3) Mate van factoren: (2) De mate waarin de factoren kwaliteit van uitvoering van activiteiten beoordelen blijft oppervlakkig over. Er worden bij efficiëntie 2/4, effectiviteit 1\2, inspanning 1/1 onderdelen gescoord.

Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE) Doelgroep: kinderen van 2 jaar en vier maanden tot 21 jaar, met lichamelijke en cognitieve beperkingen. Methode: MFRM analysis Conclusie: Construct validity: This study on the psychometric properties of the SCOPE provides evidence for the construct validity of the assessment by confirming that the items on the rating scale fit the model and are a continuum of occupational participation (Bowyer, Kramer, Kielhofner, Maziero-Barbosa, Girolami, 2007) Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE) Versie 2.1: Chi-square test = 1574.8, $df = 24$, $p < 0.005$. Item separation ratio = 8.23 Item separation index = 11 Reliability of item separation index = 0.99 (hoog). Dit indiceert dat items verschillen in moeilijkheid. Deze studie suggereert dat de herziening van de SCOPE en de handleiding heeft geresulteerd in een <i>improved rater behavior</i>, en het voorziet in bewijs dat de SCOPE op een valide en betrouwbare manier gebruikt en geïnterpreteerd kan worden door een <i>range practitioners</i>. Het <i>continuum of items</i> is toegenomen tot 11 significant verschillende niveau's, waardoor de omvang waarin de SCOPE gebruikt kan worden als een sensitief (responsief) meet instrument toeneemt (Kramer, Bowyer, Kielhofner, O'Brien, Maziero-Barbosa, 2009).
	Betrouwbaarheid	Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE) Versie 2.1: Doelgroep: Methode: Rasch model, chi-square Conclusie: Chi-square = 378.1, $df = 38$, $p < 0.005$. Practitioner separation ratio = 2.24 (resulteert in) practitioner separation index = 3.32 Reliability of the practitioner separation index = 0.83. Practitioner fit statistics: 2 vd 39 (5.1% iets meer dan 5.0% wat geaccepteerde misfit is.) did not fit the MFRM with infit and outfit mean square (MnSq) values of more than 1.4 associated with z (Z_{Std}) > 2.0. Drie verschillende niveau's van scores van ernst. Practitioner fit statistics laten zien dat practitioners appeared to be interpreting the SCOPE in a consistent manner. De SCOPE kan niet beschouwd worden als interchangeable. Maar, therapeuten kunnen de SCOPE gebruiken op een consistente manier en interpreteren de items op een valide wijze. (Kramer, Bowyer, Kielhofner, O'Brien, Maziero-Barbosa 2009) Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE) Doelgroep: kinderen van 2 jaar en vier maanden tot 21 jaar, met lichamelijke en cognitieve beperkingen. Methode: Rasch model Conclusie:

		Overall a rater separation of 1.34, with separation reliability of 0.64. This indicates that therapists were only separated into two strata, demonstrating two significantly different levels of severity/leniency when rating clients using the SCOPE. (Bowyer et al. 2007)
	Responsiviteit	Niet bekend
	Totale score	17
	Bruikbaarheid	Niet bekend of een cursus nodig is
	Realiteitswaarde	Kan in eigen context worden afgenomen

Gebruikte bronnen

Velden ten, M., Brouwer, W., Lafeber, J., Weijts, D. (Januari 2011). *Handleiding SCOPE-NL (versie 2.2)*. HvAKennisbank. In opdracht van Expertise Centrum Ergotherapie.

University of Illinois Board of Trustees. (2016). *The Short Child Occupational Profile (SCOPE), Version 2.2, 2008*. Geraadpleegd op 8 december 2016, van <http://www.cade.uic.edu/moho/productDetails.aspx?aid=9>

Bowyer, P.L., Kramer, J., Kielhofner, G., Maziero-Barbosa, V., Girolami, G. (2007). Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(4):67-85.

Kramer, J., Bowyer, P., Kielhofner, G., O'Brien, J., Maziero-Barbosa, V. (2009). Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 29(2): 88-96.

Alberta Infant Motor Scale (AIMS)		
Gegevens instrument	Doel	Metten van motorische ontwikkeling van zuigelingen die het risico lopen op vertraagde motorische ontwikkeling, gericht op mijlpalen en factoren die noodzakelijks zijn op deze mijlpalen te halen. De AIMS gebruikt drie criteria gerelateerd aan kwaliteit van beweging: kracht verdeling, postuur en beweging tegen de zwaartekracht in (Elon University, 2016; Stepowoy, januari 2014).
	Doelgroep	Kinderen van 0 – 18 maanden, of tot wanneer ze onafhankelijk kunnen lopen (Dumas et al, 2015).
	Tijdsduur	20-30 minuten (Mayson, 2007; Dumas et al, 2015)
	Benodigdheden	Score tabel; boek, pen, observatie ruimte (Mayson, 2007) Mat, stoel, leeftijdsgebonden speeltjes (Dumas et al, 2015)
	Beschrijving	Type test: norm-gerefereerd observatie instrument. De AIMS gebruikt drie criteria gerelateerd aan kwaliteit van beweging: kracht verdeling, postuur en beweging tegen de zwaartekracht in. De AIMS bevat 58 items, onderverdeeld in vier houdingen; liggen op buik (prone) (21 items), liggen op rug (supine) (9 items), zitten (12 items) staan (16 items)(Stepowoy, N., januari 2014). Elk item wordt gescoord als 'geobserveerd' of 'niet geobserveerd'(Elon University, 2016) . De volgorde van de observatie maakt niet uit zolang alle posities worden vastgesteld of geëvalueerd , scores mogen niet op basis vanverwachting of gegevens van de ouders gescoord worden (Stepowoy, januari 2014). De totale score van de AIMS wordt berekend door de scores uit de 58 items om te zetten naar een percentielscore. Deze wordt vergeleken met leeftijdsgenoten met normale motorische ontwikkeling (Elon University, 2016). Activiteitsniveau: De scores binnen de test richting zich op bewegingen in activiteiten verandering van de basis lichaamspositie, (omdraaien in bed, rechtop zitten en staan). Het behouden van een lichaamshouding (controle over het hoofd), gebruik van handen en armen (grijpen en pakken van objecten) en bewegen (kruipen, op stoelen klimmen, rennen en springen) (Stepowoy, januari 2014).
	Kosten	\$59,00 score formulieren, \$169,00 handleiding (The Therapy Store, 2015)
Toepasbaarheid	Keuzevrijheid	Het kind heeft geen keuzevrijheid in het kiezen van een activiteiten. (1)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal dysharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren (4)
	Leeftijd	Het instrument is niet geschikt voor $\leq 1/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar (1)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Efficiëntie: motorische vaardigheden: bewegingen in vier verschillende houdingen, liggen op buik, liggen op rug, zitten, staan. Effectiviteit: behalen van resultaat: de bewegingen en activiteiten die uitgevoerd worden, worden gescoord. De score laat zien dat het resultaat behaalt is. Zelfstandigheid: - Inspanning: -

		Aantal factoren: (2) Mate van factoren: (1) De kwaliteit van beweging wordt gemeten, verder wordt er niet naar bredere ontwikkeling gekeken, zoals reactie op omgeving, speeltjes of dergelijke. Van de factoren wordt bij efficiëntie 1\4 onderdelen en bij effectiviteit 1\2 onderdelen gescoord.
Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in infants at Dual risk for motor Delays. Doelgroep: Zuigelingen met dubbel risico, door laag geboorte gewicht en omgevingsrisico. Methode: ICC (Intraclass Correlation Coefficient) Conclusie: De resultaten suggereren dat de AIMS valide en betrouwbaar scoort bij zuigelingen met een verhoogd risico op vertraagde ontwikkeling. (Snyder, Eason, Philibert, Ridgway, McCaughey, 2008) Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) and Alberta Infant Motor Scale (AIMS): Validity and Responsiveness Doelgroep: Zuigelingen (< 18 maanden) toegelaten bij post-acute zorg in het ziekenhuis en verwezen naar fysiotherapie. Methode: Spearman rank correlation Conclusie: Significant statistical correlation (between PEDI-CAT Mobility domain and AIMS) $r_s = 0.32$, $P = 0.02$. Identification of motor delay: No significant statistical difference. $X^2 = 10.466$, $P = 0.32$ “there is significant evidence of concurrent validity for the AIMS. Scores on the AIMS have been compared with gross motor raw scores of the PDGMS-2, the HINT, the BSID and the IMP – all producing strong correlations and evidence of concurrent validity.” (Dumas, H.M., et al 2015).
	Betrouwbaarheid	Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in infants at Dual risk for motor Delays. Doelgroep: Zuigelingen met dubbel risico, door laag geboorte gewicht en omgevingsrisico. Methode: ICC (Intraclass Correlation Coefficient) Conclusie: Inter-rater reliability 0.98 ICC (Snyder, Eason, Philibert, Ridgway, McCaughey, 2008)
	Responsiviteit	Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) and Alberta Infant Motor Scale (AIMS): Validity and Responsiveness Doelgroep: Zuigelingen (< 18 maanden) toegelaten bij post-acute zorg in het ziekenhuis en verwezen naar fysiotherapie. Methode: Chi-square analysis Conclusie: Responsiveness: 6.22(6.81)[0 to 27.0]. De AIMS is responsief om verandering te meten in de loop van de tijd (Dumas, H.M., et al, 2015) . Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale. Doelgroep: zuigelingen met verhoogde risico op vertraagde motorische ontwikkeling. Methode: Cut-off point at 4 and 8 months. Conclusie: 4 months

		Sensitivity values 77,3%, Specificity 81,7% 8 months Sensitivity 86,4%, Specificity 93,0%. Sensitiviteits waarden zijn bij de AIMS en MAI gelijk op dezelfde leeftijden. Specificiteits waarden zijn verschillend op verschillende leeftijden (Darrah, J., et al, 1998).
	Totale score	9
	Bruikbaarheid	Niet bekend of cursus nodig is
	Realiteitswaarde	Kan in eigen context worden afgenomen

Gebruikte bronnen

Stepowoy, N. (januari 2014). *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. Geraadpleegd op 20 december 2016, van https://prezi.com/gdoyw-f_4b6a/alberta-infant-motor-scale-aims/

Elon University. (2016). *Test and measures, Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. Geraadpleegd op 9 december 2016, van <http://blogs.elon.edu/ptkids/2015/03/13/alberta-infant-motor-scale/>

Snyder, P., Eason, J.M., Philibert, D., Ridgway, A., McCaughey, T. (2008). Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in infants at Dual risk for motor Delays. *Physical&Occupational Therapy in Pediatrics*, 28(3): 267-282.

Dumas, H.M., Fragala-Pinkham, M.A., Rosen, E.L., Lombard, K.A., Farrell, C. (2015). Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PDI-CAT) and Alberta Infant Motor Scale (AIMS): validity and responsiveness. *Physical therapy*, 95(11): 1559-1568.

Darrah, J., Piper, M., Watt, M.J. (1998). Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40: 485-491

Mayson, T. (2007) *Outcome Measures: The AIMS. Evidence Summary for pediatric rehabilitation professionals*. Sunny Hill Centre for Children.

The Therapy Store. (2015). *Alberta Infant Motor Scale (AIMS)*. Geraadpleegd op 8 december 2016, van <http://www.thetherapystore.com.au/product/alberta-infant-motor-scale/>

Perceive, Recall, Plan and Perform System (PRPP)		
Gegevens instrument	Doel	Doel Assessment= observeren +analyseren • Het vastleggen van de mate van beheersing van activiteiten, en in kaart brengen welk soort uitvoeringsfouten een persoon maakt. • Het verklaren van de gemaakte fouten en de huidige mate van beheersing vanuit processen van informatieverwerking. <i>Doel Interventie</i> Behandeling richt zich op het optimaal gebruiken van strategieën van informatieverwerking, met als doel taakbeheersing (PRPP, z.d.) Chapparo & Ranka, 2008).
	Doelgroep	Iedere cliënt met verdenking op problemen in de informatieverwerking. Dit is onafhankelijk van bijvoorbeeld diagnose, leeftijd en culturele achtergrond (PRPP, z.d.) (Chapparo & Ranka, 2008).
	Tijdsduur	Afhankelijk van ernst van aandoening persoon en complexiteit van beoordeelde taken. Voor een PRPP-geschoolde ergotherapeut gemiddeld 2 uur voor een assessment bij 1 persoon van 2 taken, administratietijd ong. 10 minuten (Chapparo & Ranka, 2008).
	Benodigdheden	Handboek PRPP+ Persoonlijk digitaal PRPP Scoreformulier + PRPP-scholing (Ergologie, z.d.)
	Beschrijving	De PRPP methode bestaat uit zowel een assessment als bijbehorende interventie. Het assessment observeert en analyseert uitvoering van activiteiten. Op basis van de analyse worden behandeldoelen geformuleerd (interventie). De assessment bestaat uit 2 fasen. Fase 1: Activiteitenanalyse, activiteit opgedeeld in deelstappen. Problemen in uitvoering van activiteit worden per stap beoordeeld. Uitkomst= soort fouten, mate van beheersing van activiteit Fase 2: Het verklaren van de gemaakte fouten en de huidige mate van beheersing vanuit processen van informatieverwerking in 4 dimensies: (waarnemen, herkennen, plannen en uitvoeren). Is gebaseerd op het OPM, Occupational Performance Model. Het is een criterion referenced assessment: de lat wordt per individu bepaald, de criteria waaraan voldaan moet worden, worden met de client bepaald (PRPP, z.d.) (Chapparo & Ranka, 2008).
	Kosten	€ 1.270,- Cursus incl. materialen PRPP (Ergologie, z.d.)
Toepasbaarheid	Keuzevrijheid	Het kind heeft keuzevrijheid wat betreft activiteit en werkwijze (4)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal dysharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren (4)
	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor de doelgroep kinderen 0-18 jaar (4)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Inspanning: geen informatie Efficientie: 4 van de 4 onderdelen Cognitieve vaardigheden: dit wordt beoordeeld in de PRPP, namelijk op het gebied van informatieverwerking. Eerst wordt gekeken welke fouten er worden gemaakt en vervolgens op welk gebied dit ligt van cognitie Duur van activiteit: er wordt gekeken hoe snel iemand een deeltaak uitvoert, en of dit afwijkend is.

		Concentratie : gescoord bij Perceive, focus houden, niet afgeleid worden. Motorische vaardigheden deels naar gekeken: bij het onderdeel Perform wordt gescoord op motorische uitvoer van activiteiten, (motorplanning en motor control), dit wordt wel verklaard vanuit cognitieve processen - Effectiviteit: 1 van de 2 onderdelen Zegt iets over het resultaat: er is vooraf vastgesteld wanneer de activiteit voldoet aan het doel (criteria) en achteraf wordt het resultaat van het kind daarmee vergeleken. Effect op functioneren achteraf: wordt niet meegenomen in de PRPP - Zelfstandigheid: Score 3 puntsschaal, zegt iets over of ingrijpen van therapeut nodig is: zelfstandigheid (klein deel). Verwerkt in de scores, geen los onderdeel. Aantal factoren: (3) Mate van factoren: (3) Instrument zegt volledig iets over zelfstandigheid en efficiëntie, maar van effectiviteit wordt 1 van de 2 onderdelen in kaart gebracht. Ook per punt wordt inhoudelijk er diep op ingegaan
Klinimetrische	Validiteit	Exploring the validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: cognitive strategy use in adults with brain injury. Doelgroep: volwassenen met hersenletsel Methode: Rasch analysis Conclusie: Goede construct validiteit, (seperation index= 7.85, reliability= 0.98), goede unidimensionaliteit van de test (Nott & Chapparo, 2012)

	Betrouwbaarheid	Interrater reliability of an occupation focused assessment in mental health: the Perceive, recall, plan and perform system of task analysis. Doelgroep: volwassenen met schizofrenie: Methode: ICC (Intraclass Correlation Coefficient) van Portney en Watkins Conclusie: - Good inter-rater reliability: 0.77 (ICCs) (Aubin, Gélinas, Stip & Chapparo, 2006) The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease: a psychometric study. Doelgroep: Parkinson Methode: ICC (Intraclass Correlation Coefficient) , Cronbach's alpha Conclusie: - Inter-rater reliability: ICC 0.06-0.43 = slight to moderate - Intra-rater reliability: ICC 0.6-0.83 = moderate to almost perfect - Internal consistency is good (0.60-0.86) (Van Keulen-Rouweler, et.al., 2016) Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: a criterion-referenced assessment. Doelgroep: Volwassenen met hersenletsel Methode: ICC (Intraclass Correlation Coefficient), Cronbachs alpha Conclusie: - Score interrater reliability: ICC 0.60 moderate - Score test reliability: ICC 0.88 highly reliable - Internal consistency groter dan 0,83 -> good (Nott, Chapparo & Heard, 2009) De score op betrouwbaarheid van de PRPP verschilt per onderzoek, van goed tot matig. De interne consistentie is goed. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert van matig bij volwassenen met hersenletsel(3) en Parkinson(2), tot goed bij volwassenen met schizofrenie(1). Op test betrouwbaarheid scoort de PRPP hoog(3) en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid matig tot bijna perfect(2). Concluderend kan gezegd worden dat de betrouwbaarheid bij de PRPP bij verschillende doelgroepen volwassenen is onderzocht en wisselend scoort qua betrouwbaarheid. De algemene conclusie is dat de PRPP een betrouwbaar instrument is. (1= Aubin, Gélinas, Stip & Chapparo, 2006) (2= Van Keulen-Rouweler, et.al., 2016) (3= Nott, Chapparo & Heard, 2009)
--	-----------------	---

	Responsiviteit	Measuring information processing in a client with extreme agitation following traumatic brain injury using the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. Geen score beschikbaar-> Conclusie artikel: PRPP was sensitief om verandering in informatieverwerking tijdens uitv. van act over 4 weken vast te stellen. Dus responsiviteit was goed (Nott & Chapparo, 2008)
	Totale score	18
	Bruikbaarheid	Hier is een cursus voor nodig (Ergologie, z.d.)
	Realiteitswaarde	Kan in eigen context worden afgenomen (Chapparo & Ranka, 2008).

Gebruikte bronnen

Aubin, G., Gélinas, I., Stip, E., Chapparo, C. & Rainville, C. (2006) *Interrater reliability of an occupation focused assessment in mental health: the Perceive, recall, plan and perform system of task analysis*. WFOT Congress: Sydney, poster presentatie

Chapparo, C., & Ranka, J. (2008). *The PRPP system of task analysis: User's training manual -research edition*.

Ergologie, (z.d.). *Kennis en kunde in ergotherapie*. Geraadpleegd op 8 december 2016, van www.ergologie.nl

Keulen-Rouweler, van B.J., Sturkenboom, I.H., Kottorp, A., Graff, M.J., Nijhuis-Van der Sanden, M.W., Steultjens, E.M. (2016). The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease: a psychometric study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2016, online publicatie:
<http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2016.1233291>

Le Granse, M., Hartingsveldt, van M. & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Amsterdam: Reed Business

PRPP, (z.d.). *Het PRPP-Systeem Assessment*. Geraadpleegd op 8 december 2016, van <http://www.prpp.nl/hetprppsysteemassessment.html>

Nott, M.T. & Chapparo, C. (2008). Measuring information processing in a client with extreme agitation following traumatic brain injury using the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*: 2008, 55: 188–198

Nott, M. & Chapparo, C. (2012) Exploring the validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: cognitive strategy use in adults with brain injury. *British Journal of Occupational Therapy*, June 2012, 75(6)

Steultjens, E.M., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R. & Graff, M.J. (2012) Reliability of het PRPP a criterion referenced assessment. *Australian Occupational Therapy Journal* 2009, 56, 307–314

Test of Playfulness (TOP)		
Gegevens instrument	Doel	Observeren en beoordelen van het spelgedrag (playfulness) van een kind (Parham &Fazio, 2008).
	Doelgroep	Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar, bij wie playfulness een belangrijk onderwerp is (Parham &Fazio, 2008).
	Tijdsduur	20-30 minuten
	Benodigdheden	Scoreformulier+ Manual TOP + vertrouwd speelgoed of voorwerpen die gebruikt kunnen worden in spel. Voor erg jonge kinderen(jonger dan 2 jaar) is het nodig dat een verzorger met het kind speelt, en daarbij de leiding van het kind in het spel volgt (Parham &Fazio, 2008).
	Beschrijving	De TOP beoordeelt het spelgedrag (playfulness) van een kind op speelsheid in plaats van op motoriek, cognitie. Dit gaat aan de hand van vier gebieden in spelgedrag: innerlijke motivatie, interne controle, vrijheid om los te komen van de werkelijkheid en het spelkader dat het kind ontwerpt . Het kind wordt geobserveerd tijdens een 15-minuten durende speelperiode, zowel binnen als buiten. De ToP bestaat uit 29 observatie items (versie 4) die elk een bepaalde gedragseigenschap vertegenwoordigen. Deze worden beoordeeld op 3 speelsheid schalen; tijdsbestek, intensiteit en vaardigheid. De TOES is ontwikkeld om samen met de ToP af te nemen. De TOES registreert op welke manier de omgeving invloed heeft op het spel (Parham &Fazio, 2008).
	Kosten	Onbekend
Toepasbaarheid	Keuzevrijheid	Het kind heeft een beperkte keuzevrijheid in het kiezen van een activiteit, met vastgestelde werkwijze (2)
	Niveau van functioneren	Het instrument is bruikbaar bij kinderen met een globaal dysharmonisch, extreem laag, laag en gemiddeld functioneren. (4)
	Leeftijd	Het instrument is geschikt voor $\geq 2/3$ deel van de totale doelgroep 0-18 jaar (3)
De mate waarin het instrument iets zegt over de kwaliteit		Efficiëntie: zegt iets over concentratie tijdens spel en cognitieve vaardigheden als fantasie, creativiteit, verbeelding Effectiviteit: Effectiviteit bij spelen is dat het kind opgaat in het spel, het gaat meer om het spel(proces) dan om de uitkomst. Meet geen effect op functioneren achteraf. Inspanning: niet bekend Zelfstandigheid : niet bekend (Parham &Fazio, 2008) Aantal factoren: (2) Mate van factoren: (1) Qua efficiëntie worden 2 van de 4 onderdelen gescoord, waarvan cognitieve vaardigheden oppervlakkig, omdat daarvan maar een klein aantal vaardigheden in kaart wordt gebracht. Qua effectiviteit komt naar voren of het resultaat wordt behaald. Het resultaat wordt gezien als spelen en het spelproces

Klinimetrische eigenschappen	Validiteit	Validity and Reliability of a Test of Playfulness Doelgroep: Kinderen Methode: Rasch analysis Conclusie: - Item Response Validity: 93% Suggereert goede constructvaliditeit - Person Response Validity: 90% fit of children's data. Lijkt een valide instrument te zijn, door scores net wat lager dan 95% is daar geen harde conclusie over te trekken (Bundy et. al, 2001) The Test of Playfulness and Children With Physical Disabilities Doelgroep: Kinderen met lichamelijke beperkingen Methode: Rasch analysis Uitkomst: - Person-response validiteit: 92% Lijkt een valide instrument te zijn, door scores net wat lager dan 95% is daar geen harde conclusie over te trekken (Harkness & Bundy, 2001) Playfulness in Children With and Without Disability: Measurement and Intervention Doelgroep: Kinderen met CP (mentale leeftijd 3-18 maanden) Methode: Rasch analysis Conclusie: Rasch analysis 100% , dus goed, want boven 95%. Conclusie= valide instrument om te testen bij jonge kinderen met CP. (mentale leeftijd 3-18 maanden) (Okimoto, Bundy & Hanzlik, 2000) Uit onderzoek bij kinderen en kinderen met lichamelijke beperkingen komt naar voren dat de TOP een valide instrument lijkt te zijn, maar de gevonden waardes geven hierover geen sluitend bewijs. Uit onderzoek bij kinderen met CP blijkt dat de TOP een zeer valide instrument is om af te nemen bij deze doelgroep. (Bundy et. al, 2001) (Harkness & Bundy, 2001) (Okimoto, Bundy & Hanzlik, 2000)
------------------------------	------------	--

Betrouwbaarheid	TOP en TOES, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en intra beoordelaarsbetrouwbaarheid Doelgroep: Kinderen Methode: Cohen's Kappa Conclusie: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP binnen: 0,50 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP buiten: 0,38 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP binnen: 0,71 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP buiten: 0,58 (Braams et al., 2009) Validity and reliability of a test of playfulness Doelgroep: Kinderen Methode: Rasch analysis, 95% of hoger gewenst Conclusie: 96% Rasch analysis, Suggesting that the TOP can be scored reliably by trained raters (Bundy et. al, 2001) Uit onderzoek blijkt dat de TOP hoog scoort op betrouwbaarheid(Bundy et. al, 2001). Uit ander onderzoek komt naar voren dat de interbeoordelaars betrouwbaarheid varieert van matig tot redelijk en de intrabeoordelaars betrouwbaarheid varieert van redelijk tot substantieel op de schaal van Cohen's kappa. (Braams et al., 2009)
Responsiviteit	Niet bekend
Totale score	12
Bruikbaarheid	Onbekend of een cursus nodig is
Realiteitswaarde	Kan in eigen context worden afgenomen (Parham & Fazio, 2008)

Gebruikte bronnen

Braams, M., Kolk, van der A., Velde, van S., Voerman, T. & Velden, ten M. (2009). *TOP en TOES, interbeoordelaars- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid*. Geraadpleegd op 16 december 2016, van <http://kennisbank.hva.nl/document/219833>

Parham, D. & Fazio, S. (2008). *Play in occupational therapy for children*. Mosby Elsevier Inc. Missouri. Second edition

Okimato, A.M., Bundy, A. & Hanzlik, J. (2000) Playfulness in Children With and Without Disability: Measurement and Intervention. *The American journal of occupational therapy: Official publication of the American Occupational Therapy Association* 54(1):73-82

Harkness, L. & Bundy, A. (2001) The Test of Playfulness and children with physical disabilities. *Occupational Therapy Journal of Research* 21(2)

Bundy, A.C., Nelson, L., Metzger, M. & Bingaman, K. (2001) Validity and reliability of a test of playfulness. *Occupational Therapy Journal of Research* 21(4):276-292

Bijlage 9 Artikelen database search cyclus 2

Artikel	Jaartal	Instrument	Doelgroep	Methode	Uitkomst
Aubin, G., Gélinas, I., Stip, E., Chapparo, C. & Rainville, C. (2006) <i>Interrater reliability of an occupation focused assessment in mental health: the Perceive, recall, plan and perform system of task analysis</i> . WFOT Congress: Sydney, poster presentatie	2006	PRPP	Volwassenen met schizofrenie	ICC (Intraclass Correlation Coefficient) van Portney en Watkins	- Good inter-rater reliability: 0.77 (ICCs) (Aubin, Gélinas, Stip & Chapparo, 2006)
Bowyer, P.L., Kramer, J., Kielhofner, G., Maziero-Barbosa, V., Girolami, G. (2007). Measurement properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). <i>Physical & Occupational Therapy in Pediatrics</i> , 27(4):67-85.	2007	SCOPE	Kinderen van 2 jaar en vier maanden tot 21 jaar, met lichamelijke en cognitieve beperkingen.	MFRM analysis	Construct validity: This study on the psychometric properties of the SCOPE provides evidence for the construct validity of the assessment by confirming that the items on the rating scale fit the model and are a continuum of occupational participation (Bowyer, Kramer, Kielhofner, Maziero-Barbosa, Girolami, 2007) Overall a rater separation of 1.34, with separation reliability of 0.64. This indicates that therapists were only separated into two strata, demonstrating two significantly different levels of severity/leniency when rating clients using the SCOPE. (Bowyer et al. 2007)

Braams, M., Kolk, van der A., Velde, van S., Voerman, T. & Velden, ten M. (2009). <i>TOP en TOES, interbeoordelaars- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid</i> . Geraadpleegd op 16 december 2016, van http://kennisbank.hva.nl/document/219833	2009	TOP	Kinderen	Cohen's Kappa	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP binnen: 0,50 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP buiten: 0,38 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP binnen: 0,71 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid TOP buiten: 0,58 (Braams et al., 2009)
Bundy, A.C., Nelson, L., Metzger, M. & Bingaman, K. (2001) Validity and reliability of a test of playfulness. <i>Occupational Therapy Journal of Research</i> 21(4):276-292	2001	TOP	Kinderen	Rasch analysis, 95% of hoger gewenst	- Item Response Validity: 93% Suggereert goede constructvaliditeit - Person Response Validity: 90% fit of children's data. Lijkt een valide instrument te zijn, door scores net wat lager dan 95% is daar geen harde conclusie over te trekken (Bundy et. al, 2001) Conclusie: 96% Rasch analysis, Suggesting that the TOP can be scored reliably by trained raters (Bundy et. al, 2001) Uit onderzoek blijkt dat de TOP hoog scoort op betrouwbaarheid(Bundy et. al, 2001). Uit ander onderzoek komt naar voren dat de interbeoordelaars betrouwbaarheid varieert van matig tot redelijk en de intrabeoordelaars betrouwbaarheid varieert van redelijk tot substantieel op de schaal van Cohen's kappa. (Braams et al., 2009)
Burg, P., van den, Gieles, P., Kropman, A. (2009) <i>Adviesrapport en Onderzoeksrapport kinderassessments gericht op participatie- en activiteitsniveau</i> . Gedownload op 5 oktober van kennisbank.hva.nl/document/219817	2009				

<u>Darrah, J., Piper, M., Watt, M.J. (1998). Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i>, 40: 485-491</u>	1998	AIMS	zuigeling en met verhoogde risico op vertraagde motorische ontwikkeling.	Cut-off point at 4 and 8 months.	4 months Sensitivity values 77,3%, Specificity 81,7% 8 months Sensitivity 86,4%, Specificity 93,0%. Sensitiviteits waarden zijn bij de AIMS en MAI gelijk op dezelfde leeftijden. Specificiteits waarden zijn verschillend op verschillende leeftijden (Darrah, J., et al, 1998).
Dumas, H.M., Fragala-Pinkham, M.A., Rosen, E.L., Lombard, K.A., Farrell, C. (2015). Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test (PDI-CAT) and Alberta Infant Motor Scale (AIMS): validity and responsiveness. <i>Physical therapy</i> , 95(11): 1559-1568.	2015	AIMS	Zuigeling en (< 18 maanden) toegelaten bij post-acute zorg in het ziekenhuis en verwezen naar fysiotherapie.	Spearman rank correlation, Chi-square analysis	Significant statistical correlation (between PDI-CAT Mobility domain and AIMS) $r_s = 0.32$, $P = 0.02$. Identification of motor delay: No significant statistical difference. $\chi^2 = 10.466$, $P = 0.32$ "there is significant evidence of concurrent validity for the AIMS. Scores on the AIMS have been compared with gross motor raw scores of the PDGMS-2, the HINT, the BSID and the IMP – all producing strong correlations and evidence of concurrent validity." (Dumas, H.M., et al 2015). Responsiveness: 6.22(6.81)[0 to 27.0]. De AIMS is responsief om verandering te meten in de loop van de tijd (Dumas, H.M., et al, 2015).
Ellison, S. Fisher, A.G., Duran, L. (2001) The alternate forms reliability of the new tasks added to the assessment of motor and process skills. <i>Journal of applied measurement</i> . 2001: 2 (2) 121-134	2001	AMPS	Niet bekend	Paired T tests and The Pearson product moment correlations: New vs. Old:	$R = 0.92$, $p < .001$ for motor ability measures and $r = .77$, $p < .001$ for process ability measures. We found that 100% of the ADL motor ability measures had standardized differences less than 2.00 ($p < .05$) and 97% of the ADL process ability measures had standardized differences less than 2.00 ($p < .05$) Considered together, the results support good alternate forms reliability of the ADL motor and ADL process ability measures (Ellison, Fisher, Duran, 2001)

Fehr, K.K. & Russ, S.W. (2014) Assessment of Pretend Play in Preschool-Aged Children: Validation and Factor Analysis of the Affect in Play Scale—Preschool Version. <i>Journal of Personality Assessment</i> , 96, 350-357	2014	PPS-R	Kinderen van een kleuterschool met de leeftijd van 4-5 jaar. overwegend blanke kinderen, deels kinderen met twee verschillende achtergronden, deels aziatische, deels afro-amerikanen, deels spaans/latijns en een klein deel hawaiaanse.	Intraclass correlation coefficients (ICCs)	For the APS–P, the average ICCs were .92 for no play, .89 for functional play, .95 for pretend play, .85 for imagination, .77 for organization, .91 for elaboration, .91 for comfort, .89 for total affect, .95 for variety of affect, .83 for positive affect, .96 for negative affect, and .94 for undefined affect. De interrater reliability was excellent for the APS-P wanneer het >0.90 scoort.
Fioravanti A.M., Bordignon, C.M., Pettit, S.M. Woodhouse, L.J., Ansley, B.J., (2012) Comparing the responsiveness of the assessment of motor and process skills and the functional independence measure. <i>Canadian Journal Occupational Therapy</i> 2012 juni 79 (3): 167-74	2012	AMPS			

Fisher, A.G., Bryze, K. Atchison, B. T. (2000) Naturalistic Assessment of Functional Performance in School Settings: Reliability and Validity of the School AMPS Scales. <i>Journal of Outcome Measurement</i> 4(1): 491-512	2000	School AMPS	Niet bekend/ Schoolgaande gezonde kinderen	Rater betrouwbaarheid, interne schaal validiteit en persoonre actie geldigheid : Goodness of fit:	(MnSq <of = 1,4 en z <2) 93,7 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS motorschaal, 88,9 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS processchaal (Fisher, Bryze, Atchison, 2000) (MnSq <of = 1,4 en z <2) 93,7 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS motorschaal, 88,9 % aanvaardbare goodness of fit op de School AMPS processchaal (Fisher, Bryze, Atchison, 2000)
Fisher, A.G., Bryze, K., Hume, V. Griswold, L.A. (2007) <i>School AMPS</i> . USA: Fort Collins, CO: Three Starr Press.	2007	School AMPS			
Grantschnig, B.E., Fisher, A.G., Page, J. Meichtry, A., Nilsson, I. (2015) Differences in activities of daily living (ADL) abilities of children across world regions: a validity study of the assessment of motor and process skills. <i>Child Care Health Development</i> : 2015 41 (2): 230-238	2015	AMPS	Kinderen (2-15 jaar) uit verschillende wereldden, kinderen uit Midden Europa in vergelijking met kinderen uit Noord-Amerika, Verenigd Koninkrijk/Ierland, Scandinavische landen, West-Europa, Australië/ Nieuw Zeeland en Azië.	Rasch en two-way ANOVA analyses	Regio [$F \geq 15.32$, D.F. = (6, 11 091), $MSE \geq 0.20$, $p < 0,001$, $\eta^2(2) \geq 0.008$], en de leeftijd van [$F \geq 253,47$, D.F. = (13, 11, 091), $MSE \geq 0.20$, $p < 0,001$, $\eta^2(2) \geq 0,229$], en een significant interactie-effect voor de gemiddelde ADL procesvermogen [$F = 1,48$, D.F. = (78, 11 091), $P = 0,004$, $\eta^2(2) = 0,010$] (Gantschnig, Fisher, Page, Meichtry, Nilsson, 2015)

Harkness, L. & Bundy, A. (2001) The Test of Playfulness and children with physical disabilities. <i>Occupational Therapy Journal of Research</i> 21(2)	2001	TOP	Kinderen met lichamelijke beperkingen	Rasch analysis	- Person-response validiteit: 92% Lijkt een valide instrument te zijn, door scores net wat lager dan 95% is daar geen harde conclusie over te trekken (Harkness & Bundy, 2001)
Harrison, H. & Kielhofner, G. (1986) Examining Reliability and Validity of the Preschool Play Scale With Handicapped Children. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 40 (1), 167-173	1986	PPS-R	60 beperkte/ invalide schoolkinderen van 2 maand tot 5 jaar en 11 maand.	Kendall tau correlation between the Lunzer and PPS scores.	These Kendall tau correlations were all significant and ranged from .60 to .64 (Harrison, Kielhofner, 1986). The following labels have been offered to interpret the ICC: .81-1.0, almost perfect; .61-.80, substantial; .41-.60, moderate; .21-.40, fair; and .00-.20, slight (J 8). For this research, an ICC of .61 or higher was considered minimally adequate for interrater reliability. Eight of the 16 categories yielded correlation coefficients of .80 or higher. Coefficients for the territory, exploration, manipulation, interest, attention, and type categories ranged from .55 to .77. Two categories, music and books, were observed so infrequently that correlation coefficients could not be calculated An ICC of .61 or higher was considered minimally adequate for interrater reliability.(Harrison, Kielhofner, 1986).
Hensgens, J. (2012) <i>AMPS Taken en vaardigheden</i> . Scholing en Advies ergotherapie, Landgraaf. Gebaseerd op AMPS-manual Vol 2. Rev. Editie 2012 van Prof A. Fisher & Bray Jones, K.	2012	AMPS			

Jankovich, M., Mullen, J. Rinear, E. Tanta, K., Deitz, J. (2008) <i>Revised Knox Preschool Play Scale: interrater agreement and construct validity</i> . American journal of occupational therapy: 2008: 62 (2) 221-227	2008	PPS-R	normaal ontwikkelde kinderen (zonder enige diagnose), leeftijd van 36 tot 72 maanden.	Pearson product-moment correlation coefficients, intraclass correlation coefficients according to Tinsley and Weiss 1975.	For the overall play age, the scores of the two raters were within 8 months of each other 86.8% of the time; for the 4 dimension scores, they were within 12 months of each other 91.7% to 100% of the time; and for the 12 category scores, they were within one age level of each other 81.8% to 100% of the time. Construct validity results showed a general match between the children's chronological ages and their overall play age scores (Jankovich, Mullen, Rinear, Tanta, Deitz, 2008)
Keulen-Rouweler, van B.J., Sturkenboom, I.H., Kottorp, A., Graff, M.J., Nijhuis-Van der Sanden, M.W., Steultjens, E.M. (2016). The Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) system for persons with Parkinson's disease: a psychometric study. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 2016, online publicatie: http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2016.1233291	2016	PRPP	Parkinson	ICC (Intraclass Correlation Coefficient), Cronbach's alpha	- Inter-rater reliability: ICC 0.06-0.43 = slight to moderate - Intra-rater reliability: ICC 0.6-0.83 = moderate to almost perfect - Internal consistency is good (0.60-0.86) (Van Keulen-Rouweler, et.al., 2016)
Knox, S. (1997). Development and current use of the Knox Preschool Play Scale. In D. Parham & L. Fazio (Eds.), <i>Play in Occupational Therapy for Children</i> . (pp. 35–51). St. Louis, MO: Mosby.	1997	PPS-R			

Kramer, J., Bowyer, P., Kielhofner, G., O'Brien, J., Maziero-Barbosa, V. (2009). Examining rater behavior on a revised version of the Short Child Occupational Profile (SCOPE)_OTJR: <i>Occupation, Participation and Health</i> , 29(2): 88-96 .	2009	SCOPE		Rasch model, chi-square	Chi-square test = 1574.8, $df = 24$, $p < 0.005$. Item separation ratio = 8.23 Item separation index = 11 Reliability of item separation index = 0.99 (hoog). Dit indiceert dat items verschillen in moeilijkheid. Deze studie suggereert dat de herziening van de SCOPE en de handleiding heeft geresulteerd in een <i>improved rater behavior</i>, en het voorziet in bewijs dat de SCOPE op een valide en betrouwbare manier gebruikt en geïnterpreteerd kan worden door een <i>range practitioners</i>. Het <i>continuum of items</i> is toegenomen tot 11 significant verschillende niveau's, waardoor de omvang waarin de SCOPE gebruikt kan worden als een sensitief (responsief) meet instrument toeneemt (Kramer, Bowyer, Kielhofner, O'Brien, Maziero-Barbosa, 2009).
Merritt, B. K. (2011). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to determine the need for assistance. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 65, 643–650. <i>doi:10.5014/ajot.2011.000547</i>	2011	AMPS	Dementie rend in midden Europa	Retrospectieve analyse en split-sample methode	Out of 168 estimated contrasts between Middle Europe and the other world regions for mean ADL motor and ADL process ability, seven were statistically significant (4.17%), motor ability, four were statistically significant (2.38%) (see Table 2) and for ADL process ability, three were statistically significant (1.79%). AUC estimates ranged from .68 to .85 (poor to good ratings) for ADL motor ability and from .72 to .92 (fair to excellent ratings) for ADL process ability (Table 3). (Merritt, 2011)

Munkholm M., Löfgren, B., Fisher A.G. (2010) Reliability of the School AMPS measures. <i>Schandinavian Journal of occupational therapy</i> : 2012,19(1): 2-8	2010	School AMPS	Schoolga ande gezonde kinderen	Split-half (verticaal & horizontaa l), Rash equivalent van Alpha Cronbach' s en standaard meetfout (SEM)	Hoge betrouwbaarheid coëfficiënt schattingen ($R \geq 0,70$) en de algehele SEM was laag (Munkholm, Löfgren, Fisher, 2010)
Nott, M. & Chapparo, C. (2012) <u>Exploring the validity of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: cognitive strategy use in adults with brain injury.</u> <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , June 2012, 75(6)	2012	PRPP	volwas sen met hersenet sel	Rasch analysis	Goede construct validiteit, (separation index= 7.85, reliability= 0.98), goede unidimensionaliteit van de test (Nott & Chapparo, 2012)
Nott, M.T. & Chapparo, C. (2008). Measuring information processing in a client with extreme agitation following traumatic brain injury using the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> : 2008, 55: 188–198	2008	PRPP			Geen score beschikbaar-> Conclusie artikel: PRPP was sensitief om verandering in informatieverwerking tijdens uitv. van act over 4 weken vast te stellen. Dus responsiviteit was goed (Nott & Chapparo, 2008)
Okimato, A.M., Bundy, A. & Hanzlik, J. (2000) Playfulness in Children With and Without Disability: Measurement and Intervention. <i>The American journal of occupational therapy: Official publication of the American Occupational Therapy Association</i> 54(1):73-82	2000	TOP	Kinderen met CP (mentale leeftijd 3- 18 maanden)	Rasch analysis	Rasch analysis 100% , dus goed, want boven 95%. Conclusie= valide instrument om te testen bij jonge kinderen met CP. (mentale leeftijd 3-18 maanden) (Okimoto, Bundy & Hanzlik, 2000)
Pacciulio A.M., Pfeifer, L. I., Santos, J.L.F., (2010) Preliminary reliability and repeatability of the Brazilian version of the Revised Knox Preschool Play Scale. <i>Occupational Therapy international</i> : 2010: 17 (2): 74-80	2010	PPS-R			

Polatajko, H.J., Mandich, A., Martini, R. (2000) Dynamic performance analysis: a framework for understanding occupational performance. <i>The American journal of occupational Therapie: 2000 (54): 65-72</i>	2000	DPA			
Snyder, P., Eason, J.M., Philibert, D., Ridgway, A., McCaughey, T. (2008). Concurrent validity and reliability of the Alberta Infant Motor Scale in infants at Dual risk for motor Delays. <i>Physical&Occupational Therapy in Pediatrics, 28(3): 267-282.</i>	2008	AIMS	Zuigeling en met dubbel risico, door laag geboorte gewicht en omgevin gsrisko.	ICC (Intraclass Correlation Coefficient)	De resultaten suggereren dat de AIMS valide en betrouwbaar scoort bij zuigelingen met een verhoogd risico op vertraagde ontwikkeling. (Snyder, Eason, Philibert, Ridgway, McCaughey, 2008) Inter-rater reliability 0.98 ICC (Snyder, Eason, Philibert, Ridgway, McCaughey, 2008)
Steultjens, E.M., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R. & Graff, M.J. (2009) Reliability of het PRPP; a criterion referenced assessment. <i>Australian Occupational Therapy Journal 2009, 56, 307–314</i>	2009	PRPP	Volwassenen met hersenletsel	ICC (Intraclass Correlation Coefficient), Cronbach's alpha	- Score interrater reliability: ICC 0.60 moderate - Score test reliability: ICC 0.88 highly reliable - Internal consistency groter dan 0,83 -> good (Nott, Chapparo & Heard, 2009)

Bijlage 10 Conclusie AMSTAR

AMSTAR beoordeling en conclusie artikel van Burg et al.

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.

Article: Geschiede kinderassessments op participatie- en activiteitsniveau; van Burg, 2009

1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published research objectives to score a "yes."

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select "yes" (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

Note: If review indicates that there was a search for "grey literature" or "unpublished literature," indicate "yes." SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to the list but the link is dead, select "no."

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias, sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study ("low" or "high" is fine, as long as it is clear which studies scored "low" and which scored "high"; a summary score/range for all studies is not acceptable).

☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

Note: Might say something such as "the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies." Cannot score "yes" for this question if scored "no" for question 7.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

Note: Indicate "yes" if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

Note: If no test values or funnel plot included, score "no". Score "yes" if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

Note: To get a "yes," must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

Shea et al. BMC Medical Research Methodology 2007 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10

Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010.

Conclusie

Het artikel over kinderassessments op participatie en activiteitsniveau (Burg, Gieles & Kropman, 2009) is beoordeeld aan de hand van de AMSTAR checklist. Zeven van de elf vragen konden met 'yes' beantwoord worden. Twee vragen werden beoordeeld met 'can't answer' en twee vragen met 'no'. Dit geeft een AMSTAR score van 7/11.

In het artikel is niet beschreven of er is gekeken naar heterogeniteit tussen de meetinstrumenten. Op dit punt is het moeilijk om de betrouwbaarheid te beoordelen, aangezien hierover geen informatie is beschreven. Verder is er geen overzicht met informatie over proefpersonen die in gebruikte onderzoeken zouden zijn onderzocht. Echter is dit niet van toepassing, omdat het in dit onderzoek gaat over meetinstrumenten. De andere onderdelen zijn wel beschreven in het artikel. Er wordt concreet beschreven welke onderzoeksstrategie is toegepast en inzichtelijk gemaakt hoe de gevonden instrumenten beoordeeld zijn op klinimetrische eigenschappen. Dit maakt het onderzoek herhaalbaar. Concluderend kan gezegd worden dat het artikel van goed methodologische kwaliteit is. Het is daarom bruikbaar om als basis voor het literatuuronderzoek te gebruiken. We zijn ons er van bewust dat dit een PO onderzoek is en geen wetenschappelijk onderzoek, daardoor maakt dit het onderzoek minder sterk. Echter is op basis van bovenstaande beoordeling besloten dat het onderzoek bruikbaar is voor ons onderzoek.

Bijlage 3 AMSTAR beoordeling en conclusie artikel van Koene

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.
Artikel: Towards the harmonization of outcome measures in children with mitochondrial disorders.

Koene, S., Jansen, M., Verhaak, C. M., Vrueth, La de, R., Groot, de, I.J.M., Smeitink, J.A.M. (12 maart 2013). *Development medicine & child neurology*.

1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published research objectives to score a "yes."

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select "yes" (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

Note: If review indicates that there was a search for "grey literature" or "unpublished literature," indicate "yes." SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to the list but the link is dead, select "no."

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias, sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study ("low" or "high" is fine, as long as it is clear which studies scored "low" and which scored "high"; a summary score/range for all studies is not acceptable).

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

Note: Might say something such as "the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies." Cannot score "yes" for this question if scored "no" for question 7.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

Note: Indicate "yes" if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

Note: If no test values or funnel plot included, score "no". Score "yes" if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable

11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

Note: To get a "yes," must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

Shea et al. BMC Medical Research Methodology 2007 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10

Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010.

Conclusie

Het artikel van Koene (2013) is beoordeeld aan de hand van de AMSTAR checklist. Acht van de elf vragen konden met 'yes' beantwoordt worden. Twee vragen werden beoordeeld met 'can't answer' en één vraag met 'no'. Dit geeft een AMSTAR score van 8/11. In het artikel is niet beschreven of de studie selectie door twee of meer personen gedaan is en of er een consensus procedure opgesteld is. Daarnaast is er ook niet beschreven of er geëvalueerd is op mogelijke bias in de gebruikte publicaties. Op deze punten is het moeilijk om de betrouwbaarheid te beoordelen, aangezien hierover geen informatie is beschreven. Echter zijn alle andere onderdelen wel uitgebreid beschreven in het artikel en wordt er concreet beschreven welke onderzoeksstrategie is toegepast en in welke databases is gezocht tijdens het onderzoek. Dit maakt het onderzoek herhaalbaar. Concluderend kan gezegd worden dat het artikel van hoge methodologische kwaliteit is. Het is daarom bruikbaar om als basis voor het literatuuronderzoek te gebruiken.

