

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Verfahrensdokumentation:

ÖMSPQ

Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire - Kurzfassung

Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Pfingsten, M., Lindena, G., Marnitz, U., Pfeifer, K., & Chenot, J. F. (2023)

Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Pfingsten, M., Lindena, G., Marnitz, U., Pfeifer, K., & Chenot, J. F. (2023). ÖMSPQ. Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire - Kurzfassung [Verfahrensdokumentation, Fragebogen in Kurz- und Langfassung, Auswertungshinweise und -schablone]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID), Open Test Archive. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.5623>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie im Testarchiv unter:
<https://www.testarchiv.eu/de/test/9006976>

Inhaltsverzeichnis

1. Testkonzept.....	2
1.1 Theoretischer Hintergrund	2
1.2 Testaufbau	2
1.3 Auswertungsmodus	2
1.4 Auswertungshilfen	3
1.5 Auswertungszeit	3
1.6 Itembeispiele	3
1.7 Items	3
2. Durchführung.....	4
2.1 Testformen.....	4
2.2 Altersbereiche.....	4
2.3 Durchführungszeit.....	4
2.4 Material.....	4
2.5 Instruktion.....	4
2.6 Durchführungsvoraussetzungen.....	4
3. Testkonstruktion	4
4. Gütekriterien.....	5
4.1 Objektivität	5
4.2 Reliabilität	5
4.3 Validität.....	5
4.4 Normierung.....	5
5. Anwendungsmöglichkeiten.....	6
6. Kurzfassung	6
Diagnostische Zielsetzung	6
Aufbau	6
Grundlagen und Konstruktion	7
Empirische Prüfung und Gütekriterien.....	7
7. Bewertung.....	7
8. Literatur	7

1. Testkonzept

1.1 Theoretischer Hintergrund

Muskuloskeletale Schmerzen wie Rückenschmerzen können sich leicht zu einem anhaltenden Problem entwickeln. Ungefähr 10 % derjenigen, die an akuten Rückenschmerzen leiden, entwickeln eine langfristige Arbeitsunfähigkeit (Linton, Nicholas & MacDonald, 2011, S. 1891). Daher sollte den Risikofaktoren einer Chronifizierung mehr Beachtung geschenkt werden. Bei der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen wird den Hinweisen auf eine mögliche schwere körperliche Erkrankung, den sog. „red flags“, ein besonderes diagnostisches Augenmerk zuteil. Demgegenüber finden psychosoziale Risikofaktoren der Chronifizierung, sog. „yellow flags“, trotz ihrer Häufigkeit und prognostischen Bedeutung, in der deutschen Versorgungspraxis nur vergleichsweise wenig Beachtung (Schmidt, Lindena, Pflingsten, Kohlmann, & Chenot, 2014, S. 365). Diese „yellow flags“ umfassen beispielsweise aus Depression/Depressivität, Katastrophisierung und Angstvermeidungs-überzeugungen. Sich auf diese Aspekte im Gesundheitswesen zu fokussieren, könnte Folgen wie die Arbeitsunfähigkeit reduzieren, da das Risiko einer Chronifizierung früher erkannt wird. Allerdings ist die umfassende Erfassung psychosozialer Auffälligkeiten sehr zeit- und kostenaufwändig und damit in der Versorgungspraxis schwer umsetzbar.

Screeninginstrumente bieten daher die Möglichkeit, trotz begrenzter Ressourcen des Gesundheitswesens, relevante psychosoziale Risikofaktoren zu berücksichtigen (Schmidt, Kohlmann & Pflingsten, 2016, S. 326). Eines der international am häufigsten untersuchten Instrumente ist der in Schweden entwickelte Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMSPQ; Linton et al., 2011). Er dient der Prognose eines chronischen Verlaufs von Rückenschmerzen (Schmidt et al., 2014, S. 365) und erleichtert die Einschätzung des Chronifizierungsrisikos der Rückenschmerzen, umfasst aber immer noch über 20 Items. Daher wurde auf Basis von Empfehlungen der Originalautoren zudem eine noch kürzere und leichter einsetzbare Version erstellt, die als einseitiger Fragebogen mit einer einfachen Auflegeschablone auswertbar ist. Die deutsche Kurzfassung ist nachfolgend weiter beschrieben (Schmidt et al., 2014).

1.2 Testaufbau

Die Kurzfassung des ÖMSPQ besteht aus 10 Items, die sich auf fünf Bereiche unterteilen. Diese sind (1) Liste der Schmerzlokation (Item 1), (2) Schmerzintensität (Item-Nr. 2), (3) Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag (Item-Nr. 3-6), (4) Depressivität (Item-Nr. 7 & 8) und eine (5) Angstvermeidungsüberzeugungen (Item-Nr. 9 & 10). Das Item zur Schmerzlokalisierung bietet eine Beantwortung mit möglicher Mehrfachnennung von sechs Körperregionen. Die Beantwortung der restlichen Items erfolgt anhand einer 11-stufigen Likert-Skala von 0 bis 10, deren Endpunkte sich im Wortlaut unterscheiden (Schmidt et al., 2016, S. 326-327).

1.3 Auswertungsmodus

Die Auswertung erfolgt über die Summierung der Itemwerte auf Skalen- und Gesamtebene. Für die Prognose anhand der Kurzversion können sowohl Summen der fünf Subskalen gebildet werden (Min = 0, Max = 50), wie auch ein Gesamtwert aller Items (Min = 0, Max = 96), oder die

fünf Domains separat für eine multidimensionale Vorhersage von Problemen (Schmidt et al., 2016, S. 327). Folgende Cut-off-Werte werden vorgegeben:

- 1) Wenn bei fünf Fragen aus dem körperlichen Bereich (Item 2 bis 6) oder bei drei Fragen aus dem psychischen Bereich (Item 7-10) ein Wert größer „4“ angekreuzt worden ist, kann ein erhöhtes physisches/körperliches bzw. psychisches Chronifizierungsrisiko angenommen werden.
- 2) Wird nur im Bereich physische Risikofaktoren ein positives Ergebnis erzielt, gilt dies als mittleres Chronifizierungsrisiko.
- 3) Wird im Bereich psychische Risikofaktoren ein positives Ergebnis erzielt, gilt dies als hohes Chronifizierungsrisiko.
- 4) Das Item 1, das nicht in die Auswertung einfließt, dient zur Erfassung von Schmerzen in anderen Regionen. Je mehr Regionen als schmerzhaft angegeben werden, umso höher ist das Chronifizierungsrisiko.

1.4 Auswertungshilfen

Der Fragebogen kann mit einer einfachen Schablone (die auf durchsichtige Folie ausgedruckt werden sollte) ausgewertet werden oder durch einfaches Auszählen. Zudem werden eindeutige Cut-off-Werte genannt, um das Vorliegen eines Chronifizierungsrisiko zu belegen.

1.5 Auswertungszeit

Es liegen keine Informationen bezüglich der Auswertungszeit vor. Das Auswerten der Items sollte wenige Minuten pro Fall dauern.

1.6 Itembeispiele

Anmerkung: Es wird jeweils ein Beispielitem per Skala aufgeführt. In den Klammern steht die Skalenzugehörigkeit.

1. Wo haben Sie ihre Schmerzen? (Mehrfachnennung möglich) (Schmerzlokation)
2. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche? (Schmerzintensität)
3. Ich kann eine Stunde lang leichte Arbeit verrichten. (Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag)
7. Waren Sie in der letzten Woche traurig oder niedergeschlagen? (Depressivität)
10. Zunehmende Rückenschmerzen zeigen mir, dass ich das, was ich gerade tue, unterbrechen sollte, bis der Schmerz nachlässt. (Angstvermeidungsüberzeugungen)

1.7 Items

Anmerkung: Im Folgenden werden die 10 Items des ÖMSPQ aufgeführt. Die Skalenzugehörigkeit findet sich unter „Testaufbau“ sowie in Klammern.

1. Wo haben Sie ihre Schmerzen? (Mehrfachnennung möglich) (Liste der Schmerzlokationoil)
2. Wie stark waren Ihre Rückenschmerzen in der letzten Woche? (Schmerzintensität)
3. Ich kann eine Stunde lang leichte Arbeit verrichten. (Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag)
4. Ich kann eine Stunde lang spazieren gehen. (Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag)
5. Ich kann meine übliche Hausarbeit erledigen. (Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag)
6. Ich kann die Einkäufe erledigen. (Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag)
7. Waren Sie in der letzten Woche traurig oder niedergeschlagen? (Depressivität)
8. Wie angespannt oder besorgt haben Sie sich in der letzten Woche gefühlt? (Depressivität)

9. Körperliche Aktivität verstärkt meine Rückenschmerzen. (Angstvermeidungsüberzeugungen)
10. Zunehmende Rückenschmerzen zeigen mir, dass ich das, was ich gerade tue, unterbrechen sollte, bis der Schmerz nachlässt. (Angstvermeidungsüberzeugungen)

2. Durchführung

2.1 Testformen

Die deutsche Adaption des ÖMSPQ basiert auf der englischsprachigen Originalfassung (Linton & Boersma, 2003). Es wurde ebenfalls eine Langversion des ÖMSPQ ins Deutsche übersetzt, die als ebenso validiert und aussagekräftig gilt. Des Weiteren existiert u. a. eine spanische Übersetzung in der Langfassung mit 25 Items (Cuesta-Vargas, & González-Sánchez 2014).

2.2 Altersbereiche

Der Fragebogen ist für erwachsene Personen entwickelt.

2.3 Durchführungszeit

Es gibt keine Zeitvorgabe. Für die 25-Item-Fassung werden 5 bis 10 Minuten benötigt (Johnston, 2009, S. 141), sodass für die Kurzfassung von weniger als 5 Minuten ausgegangen werden kann.

2.4 Material

Der ÖMSPQ ist einsetzbar in der Paper-Pencil-Form. Neben dem Fragebogen liegen Auswertungshinweise, -schablone und die Verfahrensdokumentation vor. Die Schablone kann auf einer durchsichtigen Folie ausgedruckt werden.

2.5 Instruktion

Auf dem Fragebogen wird keine Instruktion vorgegeben. Eine aus dem englischen Original abgeleitete Instruktion könnte wie folgt lauten:

„Diese Fragen und Aussagen gelten, wenn Sie Schmerzen haben, z. B. Rücken-, Schulter- oder Nackenschmerzen.

Bitte lesen und beantworten Sie die Fragen sorgfältig! Es ist wichtig, dass Sie alle Fragen schnell beantworten. Es gibt immer eine Antwort für Ihre spezielle Situation.“

2.6 Durchführungsvoraussetzungen

Spezielle Voraussetzungen bezüglich der Durchführung liegen nicht vor.

3. Testkonstruktion

Die deutsche Übersetzung der Langversion des ÖMSPQ erfolgte durch die Mitautoren (Pfungsten, Kohlmann), wobei in Anlehnung an internationale Empfehlungen zur Übersetzung von Patientenfragebogen zwei unabhängige Übersetzungen in die deutsche sowie eine Rückübersetzung in die englische Sprache erfolgten (Schmidt et al., 2014, S. 366). Anschließend wurden 10 Items ausgewählt, die die Vorhersage der Entwicklung der Rückenschmerzen

ermöglichen (Schmidt et al., 2016, S. 326). Die resultierende Kurzversion des ÖMSPQ wurde daraufhin faktoranalytisch überprüft.

4. Gütekriterien

4.1 Objektivität

Bezüglich Durchführung und Auswertung kann das Verfahren als weitgehend objektiv gelten. Die Interpretationsobjektivität wird durch klare Auswertungshinweise und Cut-off-Werte gewährleistet.

4.2 Reliabilität

Die interne Konsistenz nach Cronbachs Alpha der 10 Items beträgt $\alpha = .80$ (Schmidt et al., 2016, S. 328).

4.3 Validität

Zur Überprüfung der faktoriellen Validität wurden die Korrelationen der Items untereinander untersucht. Die jeweiligen Items einer Subskala zeigten die höchsten Korrelationen miteinander, wobei die die Subskalen zu Depressivität, Angstvermeidungsüberzeugungen und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag besonders distinkt auf unterschiedliche Faktoren luden. Des Weiteren korreliert die Zahl der Schmerzlokalisationen sehr niedrig mit den übrigen Items (Schmidt et al., 2016, S. 328).

Die Untersuchung der konvergenten Validität erfolgte, indem die Subskalen der ÖMSPQ mit konstruktähnlichen Instrumenten verglichen wurden: Die Subskalen zu Depressivität, Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag und Angstvermeidungsüberzeugungen generierten alle hohe Korrelationen mit den entsprechenden Pendanten anderer Skalen, jedoch nicht mit konstruktfernen Instrumenten (siehe Tabelle 1 unter „Normierung“). So beträgt die Korrelation der Subskala zu Depressivität mit dem PHQ-D (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004) $r = .65$, die Korrelation der Subskala zu Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag und der FFbH (Kohlmann, 1996) $r = .60$ und die Korrelation mit Angstvermeidungsüberzeugungen und der FABQ (Pfungsten, 2004) $r = .52$. Es liegt allerdings eine Ausnahme der Skalen zu Schmerzintensität und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag vor, da die Graded Chronic Pain Scale (GCPS; Disability Scale; Von Korff, Ormel, Keefe & Dworkin, 1992) fast identisch mit beiden ÖMSPQ Subskalen korreliert (Schmidt et al., 2016, S. 328).

Die prädiktive Validität des Summenwerts des ÖMSPQ nach 6 Monaten betrug $r = .79$ für die Vorhersage der Funktionsbeeinträchtigung.

4.4 Normierung

Die Normierung erfolgte anhand von 434 Patient/-innen, die von März 2009 bis April 2010 rekrutiert wurden (Schmidt et al., 2016, S. 326). Zusätzlich liegen Mittelwerte und Standardabweichungen vor (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) (Schmidt, Kohlmann, Pfingsten, Lindena, Marnitz, Pfeifer & Chenot, 2016, S. 328)

Skala	M	SD
ÖMSPQ	37.1	16.4
GCPS Pain intensity past week (NRS, 0-10)	4.8	2.5
GCPS intensity (NRS, 0-10)	5.2	2.1
GCPS disability (NRS, 0-10)	3.4	2.5
FFBH (0-100)	70.4	21.1
PHQ-9 (0-27)	6.4	5.1
FABQ (0-30)	13.2	7.2

Anmerkungen. ÖMSPQ = Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire, GCPS = Graded Chronic Pain Scale, FFBH = Funktionsfragebogen Hannover, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (Subskala Depression), FABQ = Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire – deutsche Version (Subskala Aktivität).

5. Anwendungsmöglichkeiten

Der ÖMSPQ bietet in seiner Kurzfassung eine schnelle und ökonomische Erfassung der psychosozialen Risikofaktoren von Patienten mit Rückenschmerzen. Vor allem die Kurzfassung ist für den ambulanten Einsatz bei minimalen zeitlichen Ressourcen gedacht. Kurz- und Langfassung kann man aber auch als ökonomisches Tool für die Erfassung von zeitlichen Veränderungen nehmen.

Der ÖMSPQ sollte weder in der Lang- noch in der Kurzfassung als eigenständiges diagnostisches Instrument zur Erfassung von „Yellow Flags“ interpretiert werden. Es ist ein Screening Tool. Bei Verdacht auf relevante Risikofaktoren ist eine ergänzende Diagnostik empfehlenswert. Erst auf Basis dieser können therapeutische Entscheidungen erfolgen.

6. Kurzfassung

Diagnostische Zielsetzung:

Der Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMSPQ) in der Lang- und Kurzfassung ermöglicht die Erfassung des Chronifizierungsrisikos von Rückenschmerzen und Prognose eines möglichen chronischen Verlaufs unter Berücksichtigung psychosozialer Risikofaktoren.

Aufbau:

Das Verfahren besteht insgesamt aus 10 Items, die sich auf fünf Bereiche beziehen. Diese Bereiche sind Schmerzintensität, Angstvermeidungsüberzeugungen, Depressivität, Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag und eine Liste der Schmerzlokation. Die Beantwortung erfolgt anhand einer 11-stufigen Likert-Skala von 0 bis 10, allein das Item zur Schmerzlokation kann mit Mehrfachnennung anhand von sechs Optionen beantwortet werden.

Grundlagen und Konstruktion:

Der ÖMSPQ basiert auf der in Schweden entwickelten Originalversion und ist als Paper-Pencil-Version vorgesehen. Die psychometrische Güte wurde überprüft.

Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Reliabilität: Die interne Konsistenz der Items nach Cronbach beträgt $\alpha = .80$.

Validität: Die faktorielle Validität zeigte, dass die jeweiligen Items einer Subskala die höchsten Korrelationen untereinander zeigten. Allein das Item zur Schmerzlokalisierung korrelierte niedrig mit den anderen Items. Die Überprüfung der konvergenten Validität zeigte, dass die Subskalen des ÖMSPQ hoch mit jeweils ähnlichen anderen Verfahren korrelierten. So zeigte beispielsweise die Subskala zu Depressivität mit dem PHQ-D eine Korrelation von $r = .65$. Die prädiktive Validität des Summenwerts des ÖMSPQ betrug nach 6 Monaten für die Vorhersage der Funktionsbeeinträchtigung $r = .79$.

Normen: Die Normierung erfolgte anhand von 434 Patient/-innen, die von März 2009 bis April 2010 rekrutiert wurden. Es liegen zudem Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Cut-off-Werte vor.

7. Bewertung

Der ÖMSPQ bietet eine prägnante Erfassung wichtiger psychosozialer Risikofaktoren. Wie von den Autoren angemerkt, existieren weitere relevante Domains, wie Arbeitsunzufriedenheit oder Coping Strategien. Eine Miteinbeziehung dieser weiteren Faktoren könnte die Prognose verbessern, den Fragebogen allerdings auch verlängern. Die Kürze eines Screening-Instruments ist wichtig für seine Akzeptanz in der ambulanten klinischen Praxis, was mit den nur 10 Items der ÖMSPQ-Kurzversion gut gelungen ist. Das Instrument kann somit die Bereitstellung gezielter Interventionen unterstützen.

8. Literatur

- Cuesta-Vargas, A. I., & González-Sánchez, M. (2014). Spanish version of the screening Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire: A cross-cultural adaptation and validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (1). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0157-5>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50 (4), 171-181.
- Johnston, V. (2009). Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55 (2), 141. [https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(09\)70049-2](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(09)70049-2)
- Kohlmann, T. (1996). Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). *Die Rehabilitation*, 35, I-VIII.
- Linton, S. J., & Boersma, K. (2003). Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: The predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19 (2), 80-86. <https://doi.org/10.1097/00002508-200303000-00002>

- Linton, S. J., Nicholas, M., & MacDonald, S. (2011). Development of a short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*, 36 (22), 1891-1895. <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e3181f8f775>
- Pfingsten, M. (2004). Angstvermeidungs-Überzeugungen bei Rückenschmerzen. Gütekriterien und prognostische Relevanz des FABQ [Fear avoidance beliefs in patients with back pain. Psychometric properties of the German version of the FABQ.] *Der Schmerz*, 18 (1), 17-27.
- Schmidt, C., Lindena, G., Pfingsten, M., Kohlmann, T., & Chenot, J. (2014). Vergleich zweier Screening-Fragebogen für Patienten MIT Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 28 (4), 365-373. <https://doi.org/10.1007/s00482-014-1431-5>
- Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Pfingsten, M., Lindena, G., Marnitz, U., Pfeifer, K., & Chenot, J. F. (2016). Construct and predictive validity of the German Örebro questionnaire short form for psychosocial risk factor screening of patients with low back pain. *European Spine Journal*, 25 (1), 325-332. <https://doi.org/10.1007/s00586-015-4196-3>
- Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J. and Dworkin, S. F. (1992) Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2), 133-149.

Weiterführende Literatur:

- Lheureux, A., & Berquin, A. (2019). Comparison between the start back screening tool and the Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire: which tool for what purpose? A semi-systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 62(3), 178-188.
- Pauli, J., Starkweather, A., & Robins, J. L. (2019). Screening tools to predict the development of chronic low back pain: An integrative review of the literature. *Pain medicine*, 20(9), 1651-1677.
- Schmidt, C. O., Raspe, H., & Kohlmann, T. (2010). Graded back pain revisited—Do latent variable models change our understanding of severe back pain in the general population?. *PAIN®*, 149(1), 50-56.