

- Home no. 3 | Juni 2017
- Eerdere edities
- [Verenso.nl](http://Verenso.nl)

## Transparantie in de geriatrische revalidatie Een basisset meetinstrumenten

Romke van Balen, Roland van Peppen, Wilco Achterberg

[r.vanbalen@laurens.nl](mailto:r.vanbalen@laurens.nl)

**In de verpleeghuizen waarin de geriatrische revalidatie zich heeft ontwikkeld, bestaat geen cultuur van standaard vastleggen van meetuitkomsten die het functioneren van patiënten in kaart brengen. Daardoor is het weinig transparant welk effect de gekozen interventies hebben op functioneren. In de geriatrische revalidatie, die zich immers richt op verbetering van functioneren, zijn metingen -en daarmee meetinstrumenten- onmisbaar. In dit artikel wordt de relevantie hiervan besproken.**

De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) ontwikkelt zich snel. Er ontstaan, los van het verpleeghuis, aparte instellingen voor deze kwetsbare ouderen met multimorbiditeit en een revalidatievraag. De behandeling wordt meer gespecialiseerd en geconcentreerd en de methode van revalidatie gaat ook steeds meer lijken op die van de medisch specialistische revalidatie (MSR). In deze ontwikkeling blijft het gebruik van meetinstrumenten relatief achter. Behandelaars, werkzaam in de GRZ, gebruiken wel monodisciplinaire meetinstrumenten,<sup>1</sup> maar er lijkt weinig overeenstemming te zijn over welke instrumenten geschikt zijn om standaard af te nemen bij elke GRZ-revalidant en welke bij specifieke diagnosegroepen. Een uitzondering hierop betreffen de meetinstrumenten bij patiënten met een beroerte/CVA.

Voor deze diagnosegroep worden in de Zorgstandaard CVA/TIA (2012) van het Kennisnetwerk CVA NL aanbevelingen gedaan voor het standaard gebruiken van meetinstrumenten met een bijzondere aanbeveling voor het gebruik van de Barthel Index en de Canadian Occupational Performance Measure.<sup>2</sup> Ook de Werkgroep CVA Nederland (WCN) doet aanbevelingen voor het gebruik van een 'core set' meetinstrumenten onderverdeeld in sets voor onder andere de ziekenhuisfase, klinische revalidatiefase en poliklinische revalidatiefase.<sup>3</sup>

## Waarom meten?

De geriatrische revalidant kenmerkt zich echter door veel meer dan alleen de hoofddiagnose; er zijn vrijwel altijd meerdere relevante nevendiaagnosen aanwezig. Per diagnosegroep (CVA, trauma, electieve orthopedie en overigen) zijn er grote verschillen in functioneren tussen revalidanten, vooral in het begin van de revalidatie. Juist deze complexiteit bij de multiproblematiek van de (kwetsbare) ouderen vraagt om zorgvuldige objectivering van het functioneren met multidisciplinaire, meerdimensionele meetinstrumenten die te gebruiken zijn bij alle GRZ-revalidanten. Het GRZ-team is straks door het gebruik van uniforme meetinstrumenten beter in staat de mate en ernst van de problemen in functioneren te duiden. Dit legitimeert de keuze voor een basisset meetinstrumenten voor de gehele groep geriatrische revalidanten. Bij het opstellen en evalueren van het revalidatieplan biedt het gebruik van meetinstrumenten voordelen. Op die manier kunnen de behandeldoelen SMART(er) (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) worden geformuleerd en getoetst en kunnen de individuele behandelresultaten voor patiënten en behandelaars inzichtelijk worden gemaakt. Het helpt het GRZ-team bij het doen van prognostische uitspraken en kan helpen om bij tussentijdse revalidatie- of multidisciplinaire overleggen (MDO) te bepalen of de revalidant en het team 'op koers' liggen.

Daarnaast biedt het vastleggen van meetgegevens op groepsniveau (afdeling, instelling) mogelijkheden voor interne en externe benchmark en voor wetenschappelijk onderzoek.

Waarom doen we dit in de geriatrische revalidatiezorg nog niet? Daarvoor zijn verschillende redenen:

- er is van oudsher in de verpleeghuizen geen cultuur die meten -en daarmee het gebruik van meetinstrumenten- stimuleert;
- er is onvoldoende overeenstemming over de keuze van meetinstrumenten;
- de ICT-ondersteuning schiet veelal tekort.

## Meetcultuur

Tot 2004 werd een aantal basisgegevens van verpleeghuisbewoners vastgelegd via SIVIS (SIG Verpleeghuis Informatie Systeem). Die registratie, waaraan in de beginfase 90% van alle verpleeghuizen deelnam, bevatte gegevens over verblijfssituatie vóór opname, aard/doel/inhoud van de verpleging, (in)validiteit, diagnose en ontslagbestemming.<sup>4</sup>Omdat het systeem niet meer aan de verwachtingen voldeed, werd in 2004 besloten hiermee te stoppen. Pogingen om het Resident Assessment Instrument (RAI) breed te implementeren in de verpleeghuiszorg zijn daarna grotendeels mislukt.<sup>4</sup> Sindsdien is er geen dekkend registratiesysteem meer. Bij de revalidatie van patiënten op individueel niveau worden wel van oudsher discipline-specifieke meetinstrumenten gebruikt maar, zoals gezegd, bestaat er geen overeenstemming welke te gebruiken zodat het gebruik van meetinstrumenten zowel op individueel niveau als op een geaggregeerd niveau niet goed ontwikkeld is. Ook de zorgverzekeraars (zorgkantoren) vroegen niet om registratie van opnamediagnose, functioneren, herkomst en ontslagbestemming; het was voor de financiën voldoende om alleen de bedbezetting bij te houden.

Daarin is verandering gekomen na de overheveling van de GRZ naar de Zorgverzekeringswet in 2013. Voor de financiering van de DBC's is registratie van opnamediagnose, opnameduur en intensiteit van therapie noodzakelijk. Steeds meer zorgverzekeraars vragen nu ook om vastlegging van de hulpbehoefte van patiënten met behulp van de Barthel Index en de ontslagbestemming. Deze verplichte registratie roept ook wel weerstand op bij de zorgverleners, omdat zij door allerlei externe partijen al veel moeten 'afvinken' op lijstjes die niet direct aan de zorgverlening ten goede komen. Zij zijn daardoor niet vanzelfsprekend gemotiveerd nog meer 'lijstjes' in te vullen. Bij de implementatie van een standaardset meetinstrumenten in de GRZ is het daarom van

groot belang rekening te houden met de reeds bestaande registratiedruk. Dat kan door te wijzen op het feit dat veel gegevens in het dossier nu ook al worden vastgelegd, alleen niet met behulp van een betrouwbaar, valide meetinstrument. Het is 'in plaats van' en niet 'er bovenop'. Daarnaast is het 'beter' en relevanter voor de zorg in plaats van 'alleen maar meer'.

## Keuze meetinstrumenten

Er zijn nog geen richtlijnen of andere bronnen waarop de keuze voor een set meetinstrumenten gebaseerd kan worden. Daarom vallen we terug op expert-opinion. Geïnitieerd door zorgorganisatie Laurens, Rotterdam en later overgenomen door de deelnemende instellingen van het Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid Holland (UNC-ZH) werd een basisset meetinstrumenten ontwikkeld. Bij het vaststellen van de basisset meetinstrumenten waren de volgende uitgangspunten van belang:

1. De set meetinstrumenten moet voldoende breed zijn om alle aspecten van het functioneren van de revalidant in de (geriatrische) revalidatie te dekken. Het kader daarvoor was de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
2. De basisset meetinstrumenten voor de gehele groep geriatrische revalidanten is geschikt voor het multidisciplinair evalueren van herstel van functionele activiteiten die essentieel zijn voor zelfstandig functioneren en participeren. Ze bestrijkt het gehele spectrum van variatie in functioneren van de GRZ-populatie van klinische opname tot aan ontslag.
3. De set meetinstrumenten sluit zoveel mogelijk aan bij de praktijk van het gezamenlijk met de revalidant formuleren van specifieke, meetbare en functionele revalidatiedoelen. Dit vergt dat de revalidatiedoelen van de revalidant zo goed mogelijk vertaald moeten kunnen worden in betrouwbare, responsieve en valide metingen die tijdens de revalidatie worden uitgevoerd. Kortom, de basisset instrumenten worden gebruikt voor het opstellen, evalueren en afsluiten van het revalidatie-behandelplan.

4. Het registreren van de metingen moet niet veel extra tijd in beslag nemen. Vaak worden er door de paramedici al meetinstrumenten gebruikt. Ook de verpleging legt in het dossier het functioneren van de patiënt vast, maar doorgaans niet met behulp van een meetinstrument. De beoogde basisset komt dan meer in de plaats van, dan er extra bovenop.
5. De meetuitkomsten kunnen gebruikt worden voor interne (vergelijk met historische metingen) en externe benchmarking (met vergelijkbare instellingen). Voor dit laatste doel dienen er ook patiëntkenmerken te worden vastgelegd voor de correctie in casemix.
6. De meetinstrumenten sluiten zoveel mogelijk aan bij de instrumenten gebruikt in het ziekenhuis, de eerste lijn en de medisch specialistische revalidatie (MSR).
7. In de set meetinstrumenten zitten de door Verenso in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland (voorheen NPCF) ontwikkelde prestatie-indicatoren GRZ verwerkt.
8. De metingen kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Deze uitgangspunten hebben geresulteerd in onderstaande set meetinstrumenten.

## Basisset meetinstrumenten GRZ

WAT	INSTRUMENT	WANNEER	WIE	WAARDEN
Geslacht		Opname	Administratie	m/v
Lengte	Meetlint/paspoort	Opname	Verpleging	Cm
Gewicht	weegschaal	Opname/maandelijks	Verpleging	Kg
Diagnose	ICD 10 bij openen DBC	Opname	Arts	
Comorbiditeit	FCI	Opname	Arts	0 (geen) -18 (maximaal)
Functioneren premorbide	USER persoonlijk functioneren óf Barthel index	Opname	Verpleging	0 (alles met hulp) - 70 (maximaal) 0 (geheel afhankelijk) - 20 (zelfstandig)
Functioneren	USER persoonlijk functioneren	Opname/MDO/ontslag	Verpleging	0-70
Cognitie	USER cognitie	opname/MDO/ontslag	Verpleging	0-50
Stemming	USER stemming Somberheid/verdriet/ angst/boosheid	Opname/MDO/ontslag	Verpleging/patiënt	0-400 (4 NRS schalen) 0 = geen probleem 100= max probleem
Pijn	USER pijn	Opname/MDO/ontslag	Verpleging/patiënt	0-100
Vermoeidheid	USER vermoeidheid	Opname/MDO/ontslag	Verpleging/patiënt	0-100
Gedrag	NPI	Opname/ontslag	Verpleging	0-144 ((ernst (1-3) x frequentie(1-4)) maximaal 12 per gedrag 12 gedragingen
Problemen/wensen/ behoeften	COPM	Opname/ontslag	Ergotherapie	0-5 problemen; per probleem 0-10 uitvoering en 0-10 tevredenheid
Kwaliteit van leven	EQ-5L-5D	Opname/ontslag	Verpleging of ergotherapie met patiënt	5 items; per item score 1-5 (1 =geen probleem) + VAS score gezondheid 0-100

FCI: Functional Comorbidity Index<sup>6,7</sup>

USER: Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie. [www.dehoogstraat.nl](http://www.dehoogstraat.nl) voor handleiding en literatuurreferenties

COPM: Canadian Occupational Performance Measure - [www.meetinstrumentenzorg.nl](http://www.meetinstrumentenzorg.nl)

Euroqol 5D-5L - [www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-5l.html](http://www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-5l.html)

NRS: numerieke rating schaal

VAS: visueel analoge schaal

## De ICT ondersteuning

Bijna alle GRZ-instellingen werken met een elektronisch cliëntendossier (ECD). Helaas zijn er verschillende ECD's in omloop met ieder zijn eigen (on)mogelijkheden. Bij voorkeur zou de basisset meetinstrumenten volledig geïntegreerd zijn opgenomen in de ECD's, maar in de praktijk blijkt dat nog niet haalbaar. De meetgegevens zijn wel in een apart formulier aan te hangen in het ECD, maar de resultaten zijn niet mooi grafisch weer te geven en export naar een databank voor benchmark en wetenschappelijk onderzoek is vaak niet mogelijk. In het UNC-ZH waaraan negen zorgorganisaties deelnemen, is afgesproken bovengenoemde basisset te implementeren. Er is een project gestart om dat te faciliteren middels ICT-ondersteuning. Eind 2017 zal het mogelijk zijn om de resultaten van de metingen vast te leggen in Questmanager (Vital Health).

Questmanager is een applicatie die geopend wordt in het individuele cliëntendossier. De resultaten van de metingen kunnen daarin op een overzichtelijke en gebruikersvriendelijke manier worden geregistreerd. De resultaten zijn vervolgens met een dashboardfunctie weer te geven, bijvoorbeeld in een grafiek, zodat ze eenvoudig gebruikt kunnen worden in het multidisciplinair overleg en in het overleg met de patiënt over zijn/haar voortgang in de revalidatie. Questmanager is een persoonlijk en beveiligd webportaal voor patiënten en behandelaars en bevat een signaleringsfunctie voor risicovolle beantwoordingen zoals ernstige gedrags- en stemmingstoornissen. Het maakt het efficiënt plannen van metingen mogelijk en er kan een waarschuwing aan invullers worden gegeven voor geplande metingen. Tevens kunnen de meetgegevens op gecontroleerde wijze geëxporteerd worden naar een centraal databestand. Na koppeling met ECD-gegevens zoals geslacht, leeftijd, diagnose, opnameduur, therapie-intensiteit, herkomst en ontslagbestemming kunnen de resultaten gepresenteerd worden op afdelings- en instellingsniveau. Ook wordt het mogelijk om gegevens te vergelijken tussen instellingen (benchmark) en wetenschappelijk onderzoek uit te voeren op de cumulatieve database.

## Discussie

De belangrijkste motivatie voor het gebruik van meetinstrumenten in de geriatrische revalidatie is het voor patiënt en behandelaar inzichtelijk maken van het niveau van functioneren en het mogelijk maken van het formuleren en toetsen van SMART-revalidatiedoelen. Als de genoemde meetinstrumenten daarvoor niet geschikt zijn, dan zijn de andere doelen, benchmark en wetenschappelijk onderzoek ook niet haalbaar. Voor het eerste doel zijn voor specifieke diagnosegroepen, zoals bijvoorbeeld patiënten met M. Parkinson of COPD, diagnosespecifieke meetinstrumenten beschikbaar en wij zullen de laatsten zijn om het gebruik daarvan in de praktijk te ontraden.

De voorgestelde set meetinstrumenten voor GRZ is daarentegen voor alle geriatrische revalidanten goed bruikbaar. Dit is ook bruikbaar voor patiënten met minder specifieke diagnoses zoals in de geriatrische revalidatie vaak voorkomt. De black box gaat daarmee open en resultaten van de revalidatie worden inzichtelijk voor patiënten, verwijzers, behandelaars, managers en verzekeraars. Het is belangrijk dat wij als professionals het voortouw nemen in de keuze van meetinstrumenten en niet het risico lopen dat andere partijen, zoals overheid en zorgverzekeraars, ons het gebruik van minder geschikte meetinstrumenten opleggen.

De keuze van meetinstrumenten is uiteraard voor discussie vatbaar maar is tot stand gekomen in een multidisciplinaire werkgroep. Zowel binnen het netwerk UNC-ZH als daarbuiten is het meetplan GRZ gepresenteerd in bijeenkomsten en symposia en overal positief ontvangen. De meetinstrumenten zijn betrouwbaar en gevalideerd, hoewel niet specifiek in en voor de geriatrische revalidatie. Desondanks vinden wij het binnen het UNC-ZH belangrijk om te beginnen, en gaandeweg de nodige studies uit te voeren over bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit in de GRZ-setting. Die studies komen nu nog maar mondjesmaat van de grond en vaak met kleine aantallen. Wij verwachten dat er zonder dit initiatief over 10 jaar nog steeds geen bewijs is. Die tijd hebben we niet en invoering geeft juist de mogelijkheid om die studies uit te voeren en het meetplan aan te passen aan empirische gegevens. Met de implementatie van deze set meetinstrumenten willen wij een reuzenstap in transparantie en kwaliteitsverbetering van de geriatrische revalidatie zetten!



## Auteur(s)

- Romke van Balen, specialist ouderengeneeskunde, Universitair Netwerk voor de Care Zuid-Holland, LUMC Leiden
- Roland van Peppen, adviseur onderwijsinnovatie, Studio GRZ
- Wilco Achterberg, hoogleraar Institutionele zorg en ouderengeneeskunde, Universitair Netwerk voor de Care Zuid-Holland, LUMC Leiden

## Literatuur

1. UNCO MOB 2.0 .Universitair netwerk voor de ouderenzorg UNO-VUmc.
2. Core set Klinimetrie bij CVA. Werkgroep Klinimetrie van de Werkgroep CVA Nederland.
3. Ribbe MW, van Mens JT, Frijters DH. Kenmerken van patiënten tijdens verblijf in het verpleeghuis en bij ontslag. Ned Tijdschr geneeskd 1995;139:123-7.
4. Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. J Adv Nurs 2001; 35:268-79.
5. D. Groll, T. To, C.Bombardier, J.C. Wright. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. Journal of Clinical Epidemiology 2005;58:595-602.
6. Kabboord A, van Eijck M, Fiocco M, Van Balen R, Achterberg A. Assessment of Comorbidity Burden and its Association With Functional Rehabilitation Outcome After Stroke or Hip Fracture: A Systematic Review and Meta-Analysis.J Am Med Dir Assoc. 2016 Nov 1;17(11):106.
7. Law. M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N.The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. Can J Occup Ther 1990;57:82-7.