

PROGRAMMA

WCN-interdisciplinair

zaterdag 21-4-07

Thema:

Klinimetrie in de CVA-revalidatie: theorie en praktijk

*Organisatie: WCN (Werkgroep CVA
Nederland)*

*Plaats: Universitair Medisch
Centrum Utrecht*

PROGRAMMA

09.30 **Ontvangst/koffie**

10.00 **Opening voorzitter WCN**
Anne Visser-Meily, revalidatiearts

10.04 **Inleiding dagvoorzitter**
Ron Meijer, revalidatiearts-epidemioloog

Ochtendzitting

10.05 **Inleiding klinimetrie**
Annet Dalmeijer, bewegingswetenschapper

10.30 **Toetsing van rev.geneeskundige behandeling m.b.v. klinimetrie**
Marcel Post, psycholoog, senior onderzoeker

10.55 **International Classification of Functioning en klinimetrie**
Vera Schepers, revalidatiearts

11.20 **Pauze**

11.55 **Historie van klinimetrie in de WCN en presentatie core sets klinimetrie bij CVA**
Ron Meijer, revalidatiearts-epidemioloog

12.20 **Klinimetrie in de dagelijkse praktijk**
Coosje Smallenbroek, revalidatiearts

12.40 Lunch

Middagzitting

13.50 Hoe communiceer je het hanteren van klinimetrie naar de patiënt? Videopresentatie van de AMPS

José Hensgen s, ergotherapeut-gezondheidswetenschapper

14.15 Gebruik van klinimetrie voor prognostiek van herstel van motoriek

Gert Kwakkel, fysiotherapeut-
bewegingswetenschapper

14.40 Toepassing van geavanceerde software bij gebruik van klinimetrie tijdens de teambespreking

Ron Meijer, revalidatiearts-epidemioloog

15.05 Goal attainment scaling en keuze van klinimetrie

Sharon Bouwens, psycholoog

15.30 Nawoord vice-voorzitter WCN

Lily Heijnen, revalidatiearts



Sprekerslijst:

Drs. Sharon Bouwens, psycholoog, PhD Student
Universiteit Maastricht
Sharon.Bouwens@NP.unimaas.nl

Dr. Annet Dallmeijer, bewegingswetenschapper
VU Medisch Centrum
a.dallmeijer@vumc.nl

Drs. José Hensgens, ergotherapeut-gezondheidswetenschapper, Landgraaf
hensgens@ergo-amps.nl

Dr. Lily Heijnen, revalidatiearts
De Trappenberg, Huizen
l.heijnen@trappenberg.nl

Dr. Gert Kwakkel, fysiotherapeut-bewegingswetenschapper
VU Medisch Centrum, Hoogstraat, Utrecht
g.kwakkel@planet.nl; g.kwakkel@vumc.nl

Dr. Ron Meijer, revalidatiearts-epidemioloog
Groot Klimmendaal, Arnhem
r.meijer@grootklimmendaal.nl

Dr. Marcel Post, psycholoog, senior onderzoeker
de Hoogstraat, Utrecht
M.Post@dehoogstraat.nl

Dr. Vera Schepers, revalidatiearts
de Hoogstraat, Utrecht
v.schepers@dehoogstraat.nl

Drs. Coosje Smallenbroek, revalidatiearts
UMCG/ Beatrixoord, Groningen
j.t.g.smallenbroek@cvr.umcg.nl

Dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts
De Hoogstraat, Utrecht
a.visser@dehoogstraat.nl

Doel symposium:

Het uitwisselen van kennis en ervaring in multidisciplinair verband op het gebied van het thema klinimetrie binnen CVA-revalidatie. Ook de alledaagse praktijk komt nadrukkelijk aan de orde. Hoe kun je meetinstrumenten gebruiken in het teamoverleg en in de communicatie naar de patiënt en zijn naaste.

Doelgroep:

Leden van multidisciplinaire CVA-teams, waarvan de revalidatiearts lid is van de WCN. Maximaal 8 personen per team. Daarnaast zijn ketenpartners van de teams eveneens welkom tot de zaal vol is.

Kosten:

€ 30,00 per persoon overmaken op:

Bankrekeningnummer: 657588814

Revalidatiecentrum Kastanjehof, Apeldoorn

o.v.v. Themadag WCN 2007

vóór 5 april 2006

Plaats:

Universitair Medisch Centrum

Utrecht

Datum:

21 april 2007

Inschrijving:

Middels insturen van inschrijfformulier (zoz) naar Th.Semeijn, revalidatiearts, Revalidatiecentrum Kastanjehof en overmaking € 30,00 (zie boven)

Core sets klinimetrie CVA

Inleiding en procedure:

Tijdens de WCN vergadering van 18-11-2005 werd voorgesteld de Werkgroep Klinimetrie bij CVA op te richten met als leden Radha Rambaran Mishre, Coosje Smallenbroek, Anne Visser-Meily, Marga Tepper en Ron Meijer. Dit voorstel werd bekrachtigd op de WCN vergadering van 12-01-2006.

De taken van de werkgroep waren om een kernset klinimetrie bij CVA samen te stellen en om in 2007 een symposium over klinimetrie bij CVA te organiseren. Vanaf dat moment heeft de Werkgroep Klinimetrie veel werk verricht om de door de WCN-leden gewenste core sets klinimetrie op te stellen.

Allereerst hebben we de gecombineerde expertise van de werkgroepleden benut om een plan van aanpak te maken en een eerste opzet. Vervolgens is deze opzet rondgestuurd aan de WCN leden voor commentaar. Na verwerking van dit commentaar is het concept wederom rondgestuurd naar de leden ter beoordeling en eveneens naar alle wetenschappelijke verenigingen van de revalidatiedisciplines. Alle commentaren zijn vervolgens na discussie in de werkgroep wederom verwerkt en rondgestuurd aan de WCN-leden en aan de revalidatiedisciplines voor een laatste mogelijkheid tot commentaar. De werkgroep heeft tweemaal lijfelijk en tweemaal telefonisch vergaderd en verder via frequente telefonische en e-mail overleggen de vaart in het project gehouden. Bij een van de vergaderingen was Marcel Post, psycholoog-onderzoekscoördinator, aanwezig, die zeer constructief heeft meegedacht.

Het resultaat zijn de bijgevoegde core sets klinimetrie CVA. In de WCN vergadering van 15 maart 2007 heeft de ledenvergadering de core sets officieel vastgesteld.

We realiseren ons, dat de huidige core sets een intermediair eindpunt zijn en dat er op onderdelen verbeteringen mogelijk en nodig zullen zijn. Maar eenmaal moet er een basis gelegd worden om vanuit te kunnen werken en dat moment is nu voor de komende themadag van 21 april 2007 aangebroken, zoals we vooraf in de ledenvergadering hebben bepaald. Mede met de hulp van de WCN leden – we hebben het afgelopen jaar van vele collega's waardevolle en ook stimulerende commentaren gekregen - is de werkgroep erin geslaagd het geplande tijdpad te halen.

Na vaststelling van de core sets zullen we ook een implementatieplan opstellen om landelijke invoering zoveel mogelijk te bevorderen.

We hebben ernaar gestreefd onze visie voorop te stellen en daarbinnen alle opmerkingen mee te nemen.

Vanuit de klinische vraagstelling hebben we per fase de domeinen en items gekozen. Zoveel mogelijk hebben we uniformiteit in instrumenten nagestreefd tussen de fasen. Onder druk van collega's uit met name ziekenhuizen, die nog weinig ervaring met klinimetrie hebben en waar de formatie van het revalidatiebehandelteam in feite onvoldoende is om aan de kwaliteitseisen van zorg van deze tijd te kunnen voldoen hebben we aanvankelijk tegen ons gevoel in flink gesneden in het aantal af te nemen instrumenten in met name de ziekenhuisfase. Hierop kregen we van veel andere collega's kritiek, omdat er nu eenmaal voldoende informatie dient te zijn om alle relevante domeinen op klinimetrisch verantwoorde wijze in kaart te brengen, opdat valide en betrouwbaar beleid kan worden gemaakt. Het uiteindelijke compromis geeft voldoende handvatten om beleid verantwoord gestalte te kunnen geven. Tevens is uit de praktijk van ziekenhuizen, die al verder zijn, gebleken dat het afnemen van de instrumenten wat arbeidsbelasting betreft meevalt door de verdeling van de instrumenten over de diverse disciplines, waardoor elke discipline maar enkele instrumenten hoeft af te nemen. De gedeelde visie – en dat is natuurlijk ook de reden dat we aan deze exercitie zijn begonnen – is dat de kwaliteitswinst voor de behandeling opweegt tegen de extra investering in tijd.

Tot slot: de core sets zullen op de WCN themadag van 21 april 2007 officieel worden gepresenteerd met een toelichting. Een introductie over de gevolgde procedure, de visie van de WCN op klinimetrie, de core sets zelf en de abstracts van de lezingen op de themadag zullen geplaatst worden op de site www.amdas.nl. Er wordt naar gestreefd om na de themadag ook alle instrumenten digitaal op deze site te plaatsen, zodat die kunnen worden gedownload.

Ron Meijer, voorzitter Werkgroep Klinimetrie CVA van de WCN

METEN IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Annet Dallmeijer

Doel:

- Het maken van een verantwoorde keuze voor een meetinstrument

De selectie van een juist meetinstrument (hier ook: vragenlijst) is essentieel voor het adequaat in kaart brengen van functies, activiteiten en participatie van patiënten met een CVA.

Bij het selecteren van een juist meetinstrument voor het meten van het functioneren van patiënten met CVA moet op de volgende aspecten gelet worden:

- Wát wil ik meten (wat meet de vragenlijst)?
- Wat is het doel van de meting (discriminatief, predictief, evaluatief)?

Met betrekking tot de kwaliteit van de vragenlijst:

- Wat is de structuur van de vragenlijst?
- Wat is de validiteit van de vragenlijst?
- Wat is de betrouwbaarheid van de vragenlijst?
- Wat is de responsiviteit van de vragenlijst?

Wát wil ik meten?

Het is belangrijk nauwkeurig te definiëren wat u wilt meten. Bent u geïnteresseerd in de mate van spasticiteit, het niveau van motorisch functioneren, beperkingen in de communicatie, of wilt u bijvoorbeeld weten wat het welbevinden is van de persoon? De indeling in verschillende domeinen op het niveau van functies, activiteiten en participatie van de ICF¹ is hierbij een belangrijke leidraad. De capaciteit – wat kan de persoon – kan gemeten worden, of de performance – wat doet de persoon. Bijvoorbeeld de vraag of iemand trappen loopt wordt positief beantwoord als naar capaciteit wordt gevraagd en de persoon wel trappen kan lopen, maar het nooit doet. De performance vraag zou voor deze persoon negatief beantwoord worden. Gegevens kunnen verkregen worden middels een gestandaardiseerde test, het observeren van gedrag, of door middel van zelfrapportage.

Beoordeel altijd zelf de inhoud van de vragenlijst, want door niet eenduidig gebruik van termen dekt de naam van de vragenlijst niet altijd de inhoud. Vooral vragenlijsten voor het meten van kwaliteit van leven kunnen verschillende ICF-domeinen omvatten.

Wat is het doel van de meting?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen discriminatieve, predictieve en evaluatieve meetinstrumenten. Discriminatieve vragenlijsten zijn bedoeld om onderscheid te maken tussen individuen en/of om individuen te categoriseren. Soms kunnen gegevens vergeleken worden met een referentiegroep. Predictieve meetinstrumenten zijn bedoeld om voorspellingen te kunnen doen over het toekomstig functioneren. Evaluatieve instrumenten hebben als doel (en zijn geschikt voor) het meten van veranderingen in het functioneren, bijvoorbeeld na het volgen van een therapie. Meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor een bepaald doel. Zo zal een discriminatief instrument niet altijd ook geschikt zijn voor het vastleggen van verandering in de tijd.

Voor gebruik in de patiëntenzorg is het ook altijd belangrijk om te bepalen of een meetinstrument of vragenlijst ook geschikt is voor gebruik op individueel niveau.

De haalbaarheid van de meting moet aansluiten bij de omstandigheden van de meting. De duur en kosten van de meting spelen een belangrijke rol bij de keuze van het instrument.

¹ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001).
<http://www.rivm.nl/who-fic>

Wat is de structuur van de vragenlijst?

Een vragenlijst bestaat uit een antwoord (score) op vragen (items) die tezamen tot een totaal score (ook wel somscore) opgeteld kunnen worden. De antwoordcategorieën variëren van dichotoom (ja/nee), tot polytoom (meerdere antwoordcategorieën), waarbij vaak een Likert-schaal wordt gebruikt (mate van overeenstemming met een vraag). Belangrijk is dat in onderzoek is vastgesteld of de items die bij elkaar worden opgeteld binnen één subschaal ook daadwerkelijk hetzelfde onderliggende construct meten. Subschalen van één vragenlijst mogen niet zonder meer bij elkaar worden opgeteld omdat ze in de meeste gevallen verschillende constructen meten.

Het meetbereik van het instrument moet aansluiten bij het niveau van de doelgroep, zodat plafond- (maximale score) en vloereffecten (minimale score) vermeden worden. De moeilijkheid van het meetinstrument moet passen bij de vaardigheid van de personen die gemeten worden. Als een groot deel van de respondenten de maximale (of minimale) score halen is het resultaat (in de meeste situaties) niet informatief.

Wat is de validiteit van de vragenlijst?

Het is zeer belangrijk dat een meetinstrument ook daadwerkelijk meet wat men beoogt te meten. Dit wordt validiteit genoemd. Validiteit betreft zowel het concept dat gemeten wordt als het doel van de meting. Is het instrument bijvoorbeeld ook gevalideerd als evaluatief instrument? Daarnaast is het belangrijk dat het instrument specifiek voor patiënten met een CVA is gevalideerd. Dit laatste is vooral van belang bij het gebruik van zogenaamde generieke vragenlijsten. Dat zijn vragenlijsten die in verschillende patiëntengroepen en/of de gezonde populatie gebruikt kunnen worden. Speciaal aandachtspunt bij personen met CVA is het mogelijk raadplegen van proxies (zoals familieleden) bij een eventuele afasie.

Wat is de betrouwbaarheid van de vragenlijst?

De betrouwbaarheid zegt iets over de mate waarin de resultaten van een meting reproduceerbaar zijn. Dat wil zeggen dat bij een herhaalde meting (onder gelijke omstandigheden) dezelfde resultaten worden gevonden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen interbeoordelaars-betrouwbaarheid (betrouwbaarheid van een instrument als het door verschillende personen wordt afgenomen) en de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid of test-hertest betrouwbaarheid (betrouwbaarheid van een instrument wanneer één persoon dezelfde (stabiele) patiënt op verschillende momenten scoort). De betrouwbaarheid wordt meestal uitgedrukt in een intraclass correlatie coëfficiënt (ICC)². Een ICC heeft een waarde tussen 0 en 1. Hoe dichterbij de 1 ligt hoe hoger de betrouwbaarheid. Als ondergrens wordt vaak een ICC van 0.8 aangehouden. Naast de ICC geeft de SEM ('standard error of measurement') of de limits of agreement van Bland Altman² meer informatie over de daadwerkelijke meetfout, en is daarom van belang voor de interpretatie van de betrouwbaarheid en het gebruik op individueel niveau. Een goede betrouwbaarheid zegt nog niets over de validiteit van het meetinstrument!

Wat is de responsiviteit van de vragenlijst?

Responsiviteit is het vermogen van een meetinstrument om een klinisch relevante verandering te detecteren. Deze eigenschap is zeer belangrijk als de vragenlijst gebruikt wordt als evaluatief instrument. Is het instrument in staat om een kleine, maar relevante verandering vast te stellen, en wat is een klinisch relevante verandering op het scorebereik van dit instrument?

Tot slot

Het is belangrijk dat de bovengenoemde aspecten van een instrument/vragenlijst zijn onderzocht en beschreven in wetenschappelijke publicaties. Het is mogelijk verleidelijk om zelf een instrument te gaan ontwikkelen als er niet een adequaat instrument beschikbaar is,

² Zie voor verder uitleg: Streiner DL, Norman GR. Health Measurements Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Oxford University Press. 2003 (3rd edition).

maar men moet zich realiseren dat dit een enorme tijdsinvestering en veel expertise vraagt. Dit wordt dan ook niet aangeraden. Het is echter wel mogelijk om van bestaande vragenlijsten subschalen te gebruiken, en generieke en ziekte-specifieke vragenlijsten te combineren.

Toetsing van revalidatiegeneeskundige behandeling met behulp van klinimetrie

Marcel W.M. Post

Klinimetrie is het vakgebied dat zich bezighoudt met het ontwikkelen van methoden om de kwaliteit van meetinstrumenten te evalueren én met het toepassen van deze methoden bij de ontwikkeling en evaluatie van meetinstrumenten. Meetinstrumenten kunnen om allerlei redenen in de revalidatiepraktijk worden toegepast:

- Diagnostiek
- Ondersteuning van de consultvoering
- Scherp kunnen formuleren van revalidatiedoelen
- Bevorderen teamcommunicatie
- Monitoren van niveau van functioneren tijdens de behandeling
- Evalueren van de revalidatiebehandeling op individueel niveau of op groepsniveau.

In deze presentatie zal het meten van uitkomsten van revalidatiebehandeling op groepsniveau centraal staan.

Revalidatie Nederland acht een dergelijke toetsing van groot belang. In de huidige Basisset Prestatie-indicatoren Revalidatiecentra wordt onder meer gevraagd naar het uitvoeren van projecten die leiden tot resultaatmeting met generieke meetinstrumenten als de Barthel Index, Functional Independence Measure of de Pediatric Disability Inventory, naar het systematisch registreren van uitkomsten met betrekking tot zelfstandigheid en, indien van toepassing, naar de resultaten daarvan. Revalidatie Nederland wil in 2007 komen tot een set van ongeveer 20 indicatoren, waarvan de helft uitkomstgericht.

In de Nederlandse CVA-revalidatie is de Barthel Index het meest gebruikte generieke meetinstrument. Het gebruik van de Barthel Index als uitkomst-indicator van klinische revalidatie heeft echter verschillende nadelen. Het belangrijkste nadeel is het 'plafondeffect', ofwel dat bij ontslag uit klinische revalidatie te veel mensen de maximale score krijgen. Dat betekent dat een deel van de revalidanten een hoger niveau van zelfredzaamheid heeft dan de Barthel Index kan meten. Het effect van de revalidatie wordt dus onderschat als dit met de Barthel Index worden gemeten.

Vanuit de wens om, indien mogelijk, één instrument te gaan gebruiken bij alle klinische revalidanten is in De Hoogstraat, samen met Sophia Stichting Den Haag en Revalidatiecentrum Breda, een project gestart waarin de bruikbaarheid van verschillende generieke en diagnose-specifieke meetinstrumenten voor dit doel is vergeleken. Bij revalidanten met hersenletsel werden de Barthel Index, de Functional Independence Measure, Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation en de Stroke Impact Scale afgenomen. USER is een zelf ontwikkeld instrument waarmee zelfzorg, mobiliteit, cognitie, pijn, vermoeidheid en stemming vastgelegd kunnen worden. Uit de voorlopige resultaten blijkt dat USER een betrouwbaar, valide uitkomstinstrument is dat beter in staat is verandering in zelfstandigheid te registreren dan de Barthel Index en de FIM.

<http://www.revalidatienederland.nl/projecten/prestatieindicatoren/documenten>

Post M, van de Port I, Peeters R, Baines R, van Berlekom S. USER: een nieuw generiek instrument voor het vastleggen van uitkomsten van klinische revalidatie. Revalidata 2006; 28(132): 23-7.

ICF en klinimetrie

Vera Schepers

De Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF), gepubliceerd in 2001, is een raamwerk en classificatiesysteem dat is ontwikkeld door de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO). De voorganger van de ICF, de ICIDH, gepubliceerd in 1980, is ontwikkeld omdat er behoefte bestond om gestructureerd informatie te geven over gezondheidsuitkomsten, naast de veel gebruikte uitkomst mortaliteit. Het idee erachter was: veel ziekten zijn niet dodelijk maar veroorzaken wel beperkingen in het dagelijks leven van mensen. Aangezien deze beperkingen ook de focus zijn van de revalidatie, is dit model zeer bruikbaar gebleken in dit vakgebied. Zowel in de zorg als in het onderzoek kan de ICF gebruikt worden als handige kapstok om informatie te ordenen.

In recent onderzoek¹ hebben we de inhoud bestudeerd van verschillende uitkomstmaten, die vaak gebruikt worden in de CVA revalidatie en die zich richten op activiteiten en participatie^{2,3}. De inhoud hebben we bestudeerd aan de hand van de ICF. De ICF bevat de componenten lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Elke component bevat verschillende categorieën, welke de eenheden van classificatie zijn in de ICF. De afzonderlijke onderdelen van de items van de volgende uitkomstmaten werden gekoppeld aan de categorieën van de ICF: de Barthel Index (BI), Berg Balance Scale (BBS), Chedoke McMaster Stroke Assessment Scale (CMSA), Euroqol-5D (EQ5D), Functional Independence Measure (FIM), Frenchay Activities Index (FAI), Nottingham Health Profile (NHP), Rankin Scale (RS), Rivermead Motor Assessment (RMA), Rivermead Mobility Index (RMI), Stroke Adapted Sickness Impact Profile 30 (SASIP30), Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36), Stroke Impact Scale (SIS), Stroke Specific Quality of Life scale (SSQOL) en Timed Up and Go test (TUG).

De meeste onderdelen van de items konden gekoppeld worden aan de ICF en vielen onder de activiteiten en participatie component. Binnen deze component pasten de meeste onderdelen bij de categorie mobiliteit, gevolgd door de categorie zelfzorg. De categorieën op het gebied van communicatie, werk, vrijetijdsbesteding en relaties kwamen veel minder vaak voor. Hoewel de uitkomstmaten waren geselecteerd op basis van hun focus op activiteiten en participatie, vielen nog 27% van de onderdelen in de categorieën van lichaamsfuncties. Ongeveer 10% van de onderdelen kon niet worden gekoppeld aan de ICF, veelal omdat ze te algemeen geformuleerd waren.

Alle uitkomstmaten, behalve de RS, bevatten de categorie mobiliteit. Drie meetinstrumenten (BBS, RMI en TUG) waren zelfs geheel gefocust op mobiliteit. Meetinstrumenten met een brede scoop, die veel van de categorieën omvatten, waren de SSQOL, SASIP30, SIS en SF36.

In de bijgevoegde tabel staan alle onderzochte uitkomstmaten vermeld met de koppeling naar de ICF categorieën die in deze uitkomstmaten aanbod komen. Deze tabel kan een hulpmiddel zijn wanneer je bij een vraagstelling op zoek bent naar een passende uitkomstmaat. In de meest linkse kolom kun je de categorie opzoeken waar je vraagstelling betrekking op heeft. Vervolgens kun je in de tabel bekijken in welke uitkomstmaten deze categorie aanbod komt.

Uit dit onderzoek werd geconcludeerd dat de ICF een bruikbaar kader is om de inhoud van meetinstrumenten uit de CVA revalidatie te onderzoeken en te vergelijken. De vergelijking van de inhoud van de hier beschreven meetinstrumenten, maakt het voor professionals en onderzoekers beter mogelijk om een instrument te kiezen dat past bij wat zij willen meten.

Er zijn voldoende instrumenten beschikbaar om in de revalidatie fase (meestal sterk gericht op herstel van mobiliteit en zelfzorg) te gebruiken. Echter, in de huidige verzameling van veel gebruikte meetinstrumenten is helaas de focus op zaken als werk, hobby's en relaties gering. In de chronische fase na CVA zijn dit wel zeer belangrijke gebieden om in kaart te brengen. Het is daarom goed om op zoek te gaan naar minder bekende of nieuwere

meetinstrumenten die mogelijk deze gebieden beter belichten. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld de London Handicap Scale of de Impact op Autonomie en Participatie schaal.

Referenties

1. VPM Schepers, M Ketelaar, IGL van de Port, JMA Visser-Meily en E Lindeman. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disabil Rehabil 2007 (accepted).
2. K Salter, JW Jutai, R Teasell, NC Foley, J Bitensky en M Bayley. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation : ICF activity. Disabil Rehabil 2005;27:315-40.
3. K Salter, JW Jutai, R Teasell, NC Foley, J Bitensky en M Bayley. Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation : ICF participation. Disabil Rehabil 2005;27:507-28.

Historie van klinimetrie in de WCN en presentatie core sets klinimetrie bij CVA

Ron Meijer

Visie: meten is weten.

Historie:

In 1986 introduceerde Feinstein de term "klinimetrie" voor het op wetenschappelijke wijze vastleggen van klinische verschijnselen van ziekte.

De British Stroke Research Group adviseerde in 1987 bij elke CVA patiënt een aantal standaard gegevens vast te leggen in de medische status. Naar analogie hiervan zijn de volgende gebieden te onderscheiden:

- demografie (leeftijd, geslacht, herkomst patient)
- anamnese (bewustzijnsverlies, urine incontinentie 3 dagen post-CVA)
- pathologie (kant van hemibeeld, haemorrhagie/ischaemie, lacunair/corticaal)
- stoornissen (slikken, kracht, perceptie, zoals neglect)
- beperkingen (lopen, zich kleden, partnercontact, spraak, oordeel/kritiek)
- handicap (invoegingsstoornis)
- kwaliteit van leven en gezondheidstoestand

In de WCN vergadering van eind januari 1995 heb ik een inventarisatie gehouden van standaard gebruikte assessment bij CVA door de aanwezige revalidatieartsen uit 12 klinische revalidatiecentra en 4 ziekenhuizen in ons land. De toen gebruikte Livre - en WCN-formulieren werden door allen ingevuld. In het Livre werden de stoornissen ingevuld op een dichotome schaal en de beperkingen op een 4 -punts schaal.

De resultaten waren als volgt:

Stoornisnivo:

- verlies van functionele motoriek:
 - * (onderdelen van) Fugl-Meyer Assessment Scale 3x
- kracht:
 - * Medical Research Council=MRC-schaal 6x
- tonus: Ashworth schaal 1x
- gewrichtsmobiliteit: range of motion 2x
- gevoel:
 - * positie-/tast-/pijn-/temperatuurzin (2pts sch) 16x
- gezichtsveld verlies (confrontatie) 16x
- afasie:
 - * SAN-subtest spontaan taalgebruik 2x
- verwardheid/geheugen/cognitie
 - * Mini-Mental State Examination 7x
- neglect:
 - * Albert's Line Cancellation Test 7x
 - * Star Cancellation Test
 - * Tactile Inattention Test
- libido, erectie, ejaculatie, orgasme (2pts sch) 16x

Beperkingennivo:

- ADL: Barthel Index (via WCN-formulier) 16x
- globale schaal: RAP 2x

In totaal werden 14 instrumenten afgenomen.

In 2001 werd de tweede enquête gehouden, waaraan 13 revalidatiecentra en 5 ziekenhuizen meededen, die samen 65% van de WCN vormden. De Berg Balance Scale, Akense Afasie Test, Utrechts Communicatie Onderzoek, Beck Depression Inventory, Motricity Index, Trunk Control Test en NPO waren op stoornisnivo er bij gekomen; op beperkingennivo Functional

Ambulation Categories, Assessment of Motor and Process Skills, ontoereikendheid sociaal netwerk en ongeschiktheid woonsituatie via WCN-formulier, en Frenchay Activities Index. In totaal werden 26 instrumenten afgenomen.

De derde enquête vond plaats in 2006. Hieraan namen deel 11 revalidatiecentra en 8 ziekenhuizen. Het totaal aantal afgenomen instrumenten bedroeg nu 87. Dus een ware explosie, waarbij met name logopedische en psychologische instrumenten voor de toename hebben gezorgd. De meeste van deze instrumenten worden evenwel niet standaard bij elke patiënt afgenomen, maar op indicatie. In toenemende mate wordt nu ook op participatieniveau gescoord (Life Satisfaction Questionnaire 9), wordt de belastbaarheid van de partner gemeten (COOP-WONCA schalen), de zorglast van de partner (caregiver strain index) en de sociale situatie van de patiënt (sociale netwerk score).

Huidige situatie:

Definitie core set klinimetrie: een set meetinstrumenten, die de patiënt aangaande alle relevante revalidatiedomeinen op screenend niveau voldoende in kaart brengt.

De core sets klinimetrie zijn primair bedoeld voor de patiëntenzorg, maar door de keuze van evidence based meetinstrumenten ook te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Zo nodig kan een separate set worden opgesteld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Doelen WCN t.a.v. core sets klinimetrie: 1) realiseren van valide en betrouwbare diagnostiek als basis voor prognostiek en het opstellen en evalueren van behandeldoelen; 2) verbetering van 'zorgbeleid op maat'; 3) verbeterde communicatie binnen en tussen betrokken disciplines; 4) inzichtelijk maken van veranderingen in lichaamsfuncties, activiteiten en participatie; 5) vergroten van het transdisciplinaire expertiseniveau van de behandelaars.

Algemene doelen klinimetrie: verbeteren behandeling, scheppen van een uniforme en wetenschappelijke basis voor longitudinale data analyse in patiëntenzorg en onderzoek, optimale transparantie aangaande medische beslissingen, reductie van ongewenste interprofessionele variabiliteit, verkrijgen van valide patiënten profielen voor benchmarking in de stroke -service keten.

Voorwaarde: alle relevante domeinen moeten basaal voldoende in kaart zijn gebracht.

Strategie van aanpak:

1. keuze domeinen
2. keuze items
3. keuze instrumenten
4. niet streven naar detaillering/precisering
5. bij core set Ziekenhuis fase staan centraal de prognose van het toekomstig functioneren, waaronder de woonsituatie (waarop de keuze van het optimale revalidatietraject is gebaseerd volgens het AMDAS) en het scheppen van een basis voor longitudinale data-analyse voor vervolgbehandeling. Ook de screening van de "goede patiënten", die zonder ogenschijnlijke beperkingen of met slechts lichte beperkingen naar huis worden ontslagen valt hieronder.
6. bij core set start revalidatie fase staat de screening van alle relevante domeinen centraal als basis voor de keuze van de therapiedoelen. Onderscheid wordt gemaakt tussen start klinische en start poliklinische revalidatie fase.
7. bij core set uitkomstmaten na revalidatie gaat het vooral om een globaal beeld van het functioneren van de patiënt. Van belang is dat er ook een beloop gemeten kan worden tussen start en einde revalidatiebehandeling. Dit kan alleen zinvol geschieden, indien zowel bij de start als bij het einde van de behandeling per domein eenzelfde kerninstrument wordt gehanteerd. Daarnaast kunnen en zullen natuurlijk ook andere instrumenten worden

vastgelegd. Onderscheid wordt gemaakt tussen uitkomstmaten klinische en poliklinische revalidatie fase.

8. bij core set revalidatiefase zullen afhankelijk van de bij de start revalidatie fase gevonden stoornissen en beperkingen instrumenten afgenomen worden. Voor deze fase kunnen we mogelijk het beste met een aantal patiëntenprofielen werken.

9. bij core set nazorg fase gaat het vooral om monitoring van functie/structuur-, activiteiten- en participatie niveau. Tevens om de toestand van het thuisfront, evenals een indruk over de sociale contacten van de patiënt, met name indien er geen partner is.

10. streven naar een realistisch ideaalbeeld (met in het achterhoofd een implementatieplan om hier naar toe te werken). Om de implementatie maximale kans van slagen te geven zal gestart worden met minimale core sets klinimetrie, welke de kern vormen van de in een latere fase te realiseren uitgebreidere core sets klinimetrie.

11. Indien een instrument in een eerdere fase de maximale score heeft, dan hoeft het niet herhaald te worden, tenzij er sprake is van achteruitgang op dat gebied.

Het item comorbiditeit is met name ook tijdens het VRA symposium in oktober 2006 door velen genoemd als zijnde van groot belang. De Liu index scoort comorbiditeit wat betreft de impact op de revalideerbaarheid van de patiënt. Dit item is later aan de AMDAS toegevoegd. Het is een van de items, die zal kunnen worden opgenomen in toekomstige uitgebreidere core sets.

De ziekenhuisfase is cruciaal! Ontbreekt de professionele screening van een domein d.m.v. klinimetrie in de ziekenhuisfase, dan kan dit voor de patiënt potentieel een probleem opleveren dat pas veel later wordt gediagnosticeerd en behandeld als gewenst. Screening van cognitieve beperkingen is minstens even belangrijk, als screening van fysieke beperkingen, omdat de eerstgenoemde moeilijker zijn vast te stellen, waardoor adequate diagnostiek en behandeling uitblijven.

Elke stroke-service keten bepaalt zelf welke discipline verantwoordelijk is voor welk item en derhalve ook voor de klinimetrie om het item te meten. Zoveel mogelijk zal aangesloten kunnen worden bij de vigerende klinische praktijk. Zo zal in de klinische ziekenhuis situatie de Glasgow Coma Scale doorgaans door de neuroloog worden gescoord en de Barthel Index door de verpleegkundige.

Opmerkingen: elk meetinstrument kan voor meerdere doelen gebruikt worden. De psychometrische eigenschappen en klinische toepasbaarheid van het instrument geven de mogelijkheden en onmogelijkheden hierin aan.

Primair is de vraag met welke doelen we willen meten, wat (welke domeinen en items) we willen meten, en wanneer we willen meten. Daarna komt de vraag: met welke instrumenten willen we meten?

Mogelijke meetdoelen: diagnostiek, prognostiek, screening (detecteren van al dan niet aanwezig zijn), vastleggen van klinische toestand voor bepalen van behandeldoelen, monitoren en evalueren van behandeling.

Domeinen en/of items, die niet in de minimale core sets zijn vermeld maar wel relevant zijn worden natuurlijk wel vastgelegd, maar niet m.b.v. klinimetrie. Het wordt geadviseerd om ook deze items vast te leggen m.b.v. klinimetrie en in instellingen waar men al verder gevorderd is wat betreft evidence based werken zal dit ook veelal het geval zijn. De praktijk in deze laatstgenoemde instellingen is ook, dat de afname van de klinimetrie meevalt wat betreft de hiervoor benodigde tijd, omdat elke behandeldiscipline enkele instrumenten voor zijn rekening neemt.

METEN IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK.

Coosje Smallenbroek

Wanneer meten we, waarom, wat en waarmee.

In het kort zal worden stilgestaan bij de verschillende fasen binnen de ketenzorg van CVA-patiënten waarin meetmomenten zinvol zijn.

-In de **ziekenhuisfase** is het op een uniforme en systematische wijze vastleggen van het klinische beeld van belang ter onderbouwing van uitspraken t.a.v. functioneel herstel, inzicht in zorgzwaarte en een goede triage ten aanzien van het vervolgtraject.

-In de **revalidatiefase** zijn meetgegevens zinvol als basis voor therapiedoelen en evaluatie van behandeling teneinde de behandeling te kunnen bijstellen.

Daarnaast is het een uitkomstmaat van het behandelresultaat.

Ook zijn er meetmethoden die inzicht geven in de draagkracht van het thuisfront.

-In de **nazorgfase** is het van belang om inzicht te hebben in de ervaren kwaliteit van leven van zowel de getroffene als het thuisfront. Niet alleen om een gericht behandelaanbod te kunnen doen maar ook om ervan te leren en de behandeling en begeleiding van CVA patiënten in eerdere fasen zo nodig bij te stellen.

Voor het behandelteam zelf heeft het gebruik van klinimetrie ook voordelen.

Het op een “gestandaardiseerde wijze” kijken geeft meer eenduidigheid in aanpak.

Vergelijken tussen patiënten wordt mogelijk, waardoor het inzicht in herstelprocessen bij CVA patiënten binnen het team groeit. Maar ook de overdraagbaarheid van de behandeling komt het ten goede.

Meten maakt het mogelijk om kritisch te kijken naar eigen handelen.

Meten is van belang om ervan te kunnen leren.

Van belang blijft echter dat je weet WAAROM je meet.

Aan de hand van een casus zal geprobeerd worden bovenstaand toe te lichten.

Hoe communiceer je het hanteren van klinimetrie i.c. de AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) naar de patiënt?

José Hensgens

De AMPS is een gestandaardiseerd observatie instrument dat de kwaliteit van het dagelijks handelen meet. De kwaliteit wordt uitgedrukt in de mate van benodigde fysieke inspanning, de efficiëntie in en het veilig en zelfstandig kunnen handelen bij 16 motorische en 20 proces vaardigheden. De patiënt voert voor deze test 2 huishoudelijke en/of zelfzorgtaken uit die relevant zijn voor de patiënt en afgestemd zijn op het huidige niveau van functioneren. De AMPS is niet bedoeld om stoornissen in lichaamsfuncties te meten. Daarentegen meet het de impact ervan op het alledaags doen en laten.

De AMPS geeft antwoord op de vraag waarom deze persoon problemen heeft met zijn alledaagse taken en of deze problemen van motorische dan wel van organisatorische aard zijn. Ook kan worden vastgesteld welke therapeutische interventie, welk niveau van handelen redelijkerwijze verwacht kan worden en welke zorg c.q. begeleiding het meest geschikt zijn. De effecten van interventie zijn uitstekend te meten daar de AMPS zeer gevoelig is voor kleine veranderingen.

Wat draagt de AMPS bij aan de revalidatiebehandeling van een patiënt met een beroerte?

Uitgaande van de 3 fasen in het revalidatieproces is de acute fase een fase waarin een functionele analyse en een revalidatieplan gemaakt worden. De patiënt verkeert nog veelal in een psychologische crisis en het natuurlijke herstel is nog ongewis.

Voor het meten van functiestoornissen in deze fase is de AMPS niet geschikt en derhalve is het uiterst belangrijk om als lid van het multidisciplinaire team op de hoogte te zijn van elkaars optiek van waaruit gemeten wordt, hetzij vanuit het oogpunt van functiestoornissen dan wel vaardigheden. Interdisciplinaire communicatie hierover is onontbeerlijk.

Communiceren met de patiënt over zijn sterke/zwakke vaardigheden in het handelen zal nog weinig beklijven bij de patiënt daar deze vaak in een ontredderde toestand verkeert en het vertalen naar het dagelijks handelen c.q. kwaliteit van leven niet overeenkomt met de belevingswereld van de patiënt op dat moment.

De AMPS is in deze fase wel geschikt om een base -line (nulmeting) te doen om van daaruit de effecten van behandeling in een later stadium te kunnen vaststellen.

In de revalidatiefase komen de mogelijkheden van de AMPS veel beter tot hun recht. De eigen mogelijkheden en beperkingen van de patiënt in het dagelijks handelen kunnen bespreekbaar gemaakt worden waarbij de AMPS inzicht geeft in de sterke en zwakke vaardigheden. De AMPS biedt aanknopingspunten voor behandelinterventies en behandeldoelen welke in samenspraak gemaakt kunnen worden. In deze fase krijgt men als therapeut zicht op mogelijke blokkades in het aanpassingsvermogen en (hernieuwd) leervermogen van de patiënt. De AMPS biedt aanknopingspunten voor interdisciplinaire afstemming in de te kiezen interventiestrategieën.

In de chronische fase waarin voor de patiënt het leren leven met een beperking centraal staat, biedt de AMPS mogelijkheden om het niveau van handelen bij alledaagse taken aan te geven. Tevens kan er vastgesteld worden waaruit de zorg c.q. begeleiding bij deze patiënt zou moeten bestaan. Informatie over de aard van de te bieden zorg/begeleiding door partner, familieleden of verzorgenden is vanuit de AMPS goed aan te geven. Ter afsluiting is AMPS te gebruiken als een uitkomstmaat van de revalidatiebehandeling.

Klinimetrie bij (functionele) prognostiek: hulp of last?

Gert Kwakkel

Klinimetrie is een inte graal onderdeel van het gedachtegoed dat 'Evidence-Based Medicine' heet. Het meten heeft slechts drie belangrijke doelstellingen, te weten: 1) om te onderscheiden; 2) te voorspellen en 3) veranderingen te evalueren.

In de lezing zal specifiek worden ingegaan op het prediceren binnen het proces van 'clinical decision making'. Hoe het proces van 'clinical decision making' overigens tot stand komt is nog onduidelijk. Aangenomen wordt dat naast het 'hypothetico-deductieve reasonings proces' ook 'patroon herkenning' en zelfs 'intuïtie' belangrijke elementen zijn die bij het nemen van beslissingen een rol spelen. Belangrijk is dat bij het maken van een prognose het ICF een belangrijk kader is waarlangs men dient te werken.

Verreweg de belangrijkste vraag die men zich kan stellen is: '*prognose van wat?*' Wil men voorspellingen gaan doen in termen van herstel van lichaamsfuncties, activiteiten of participatie? Het maken van een prognose van herstel van lichaamsfunctie op zich lijkt niet erg zinnig, daar het doel binnen de revalidatiegeneeskunde altijd hoger ligt, op het niveau van activiteiten. Vooral de onduidelijke relatie tussen lichaamsfunctie en activiteiten maakt dat verwachte lichaamsfuncties niet één op één te vertalen zijn naar activiteiten. Vooralsnog lijkt het prediceren van de functionele prognose het meest relevant en haalbaar binnen de revalidatiegeneeskunde.

De vraag welke determinanten valide zijn voor het vaststellen van de functionele prognose van ADL-zelfstandigheid na een CVA blijkt bij systematisch literatuuronderzoek overigens geen eenvoudige zaak te zijn. Bedreigingen van zowel interne als statistische validiteit kunnen in belangrijke mate de relatie tussen afhankelijke (gemeten ADL zelfstandigheid) en determinanten vertekenen. Bij een eerdere analyse van 78 studies bleek alleen al op methodologische gronden het optimale prognostische onderzoek niet te bestaan. Desalniettemin kan na systematische screening van de literatuur een aantal factoren worden genoemd die bij opname in de eerste 2 weken na een CVA bepalend zijn voor het te verwachten herstel van ADL-zelfstandigheid. Naast ADL-zelfstandigheid, worden factoren zoals urinaire (in)continentie, zitbalans, leeftijd, co-morbiditeit, recidief CVA, ernst van parese, oriëntatie in tijd en plaats, depressie en mate van sociaal support belangrijke onafhankelijke voorspellers zijn voor te verwachten ADL zelfstandigheid na 6 maanden. Uit eigen onderzoek bleek op basis van de initiële Barthel Index (BI) aan het eind van de eerste week na het CVA, zitbalans en het hebben van sociale ondersteuning ongeveer 50% van de variantie te kunnen verklaren. Het algoritme lijkt evenzo bij kruisvalidatie van patiënten met dezelfde diagnose (CVA in het media stroomgebied) te gelden. Een vuistregel hierin lijkt te zijn dat men 8 punten bij de BI gemeten aan eind van de eerste week na ontstaan van het CVA kan optellen om de uiteindelijke BI te voorspellen na 6 maanden. Hierbij wordt vanzelfsprekend geen rekening gehouden met het voordoen van complicaties zoals vallen en co-morbiditeit. Verder bleek bij het steeds weer opnieuw testen van het predictiemodel in de tijd de verklaarde variantie gedurende elke 6 weken met 10% te zijn verbeterd. Het laatste laat zien dat tijd an sich een belangrijke factor is die de accuratesse van voorspelling bepaalt.

Tenslotte laat onderzoek zien dat herstel op verschillende items van de BI niet gelijk verdeeld is maar een sterke hiërarchie in sequentie kent waarmee de verschillende activiteiten herstellen. Zo laat Rasch analyse zien dat eenvoudige handelingen waarbij compensatiestrategieën makkelijk de taak kunnen overnemen, zoals eten en wassen, veel sneller worden gehaald dan moeilijke vaardigheden zoals traplopen en aankleden. Op basis van berekening van een schaalbaarheidscoëfficiënt volgens Gutman kan eenvoudig worden vastgesteld dat 80% van de BI een vaste sequentie volgt waarbij wassen, eten, transfers en toiletgebruik eerder in de tijd herstellen dan mobiliteit, baden, uit en aankleden en traplopen. Het voordeel van op een dergelijke hiërarchie is dat deze behulpzaam kan zijn bij het formuleren van haalbare behandeldoelstellingen (zogenaamde '*functional milestones*').

Omdat kennis van determinanten voor prognostiek in sterke mate wordt bepaald door het meetinstrument waarop de prognose wordt gemaakt (afhankelijke), is het belangrijk ook te weten wat het meetinstrument wel en niet meet. In feite impliceert het laatste ook dat klinimetrie alleen een zinvolle bijdrage levert bij het stellen van een functionele prognose wanneer men eveneens zicht heeft op de psychometrische eigenschappen van dat meetinstrument waarmee men straks gemeten herstel in functionaliteit wil gaan evalueren.

Literatuur:

Kwakkel G, Wagenaar RC, Kollen BJ, Lankhorst GJ. Predicting disability in stroke--a critical review of the literature. *Age Ageing*. 1996 Nov;25(6):479-89. Review.

Kwakkel G, van Dijk GM, Wagenaar RC. Accuracy of physical and occupational therapists' early predictions of recovery after severe middle cerebral artery stroke. *Clin Rehabil*. 2000 Feb;14(1):28-41.

Kwakkel G, Kollen B, Twisk J. Impact of time on improvement of outcome after stroke. *Stroke*. 2006 Sep;37(9):2348-53. Epub 2006 Aug 24.

Toepassing van geavanceerde software bij gebruik van klinimetrie tijdens de teambespreking

Ron Meijer

Opmerkingen vooraf

1. Voor elke behandelaar op elke plek in de stroke-service keten is het van belang, dat hij inzicht heeft in etiologie, diagnostiek, prognostiek en therapie van CVA.

Die kennis dient zich dus niet te beperken tot zijn eigen vakgebied, maar omvat alle relevante domeinen. Alleen dan is inzicht in het totale functioneren van de patiënt mogelijk. Alleen dan is de behandelaar in staat om in het behandelteam keuzen te maken ten aanzien van prioritering van de behandelmodules. Zo kan het nodig zijn om prioriteit te geven aan behandeling van afasie, als adequate communicatie van groot belang is voor de in de toekomst beoogde arbeidshervatting. Zo kan contractuur bestrijding van de arm voorrang verdienen boven het door de patiënt gewenste leren lopen.

Klinimetrie is nodig voor diagnostiek en prognostiek, maar ook voor het vervolgen van therapie. De psychometrische eigenschappen van een instrument voor het monitoren van de behandeling zijn anders als voor een instrument voor diagnostiek en prognostiek. Met name dient een instrument dat de behandeling monitort responsief te zijn om kleine klinisch significante veranderingen te detecteren.

2 de ziekenhuis core set is cruciaal! Hij dient voor:

- prognostiek
- basis voor longitudinale data-analyse
- absolute voorwaarde voor valide wetenschappelijk onderzoek post-stroke: het revalidatie onderzoek tot heden is ernstig vertekend door ontbreken van valide patiënten profielen uit de subacute fase post-stroke. Een patiënt die 2 weken na de beroerte met een Fugl-Meyer stadium III van het been in het revalidatiecentrum wordt opgenomen kan 1 week na de beroerte een FM stadium I gehad hebben, maar ook een FM stadium III. Derhalve gaat het om patiënten met een ander beloop en een andere prognose voor verder herstel.

Casuspresentatie

Het betreft een vijftigjarige patiënte met een lacunair infarct in de basale kernen van de rechter hemisfeer.

Risicofactor: nicotine abus.

Begonnen wordt met het overzichtsschema van de Stroke-unit Ontslag Richtlijn te tonen, welk schema grotendeels overeenkomt met de core set klinimetrie CVA van de ziekenhuisfase.

In dit overzicht is het niet goed mogelijk om op overzichtelijke wijze vervolgscores aan te geven. Hier zijn ook de echte scores van de afgenomen instrumenten vermeld zonder overzicht van scorerange en afkappunten.

(Meerdere firma's zijn bezig met de ontwikkeling van programma's om de digitaal ingevoerde klinimetrie om te zetten in grafische presentaties. De firma Acquest, die in de psychiatrie al zo'n systeem heeft draaien, heeft op mijn verzoek hun software aangepast voor gebruik in de revalidatie. Hun programma heeft vele mogelijkheden. In mijn presentatie van vandaag wordt dit programma nagebootst.)

Vervolgens wordt gewerkt met de echte core set klinimetrie CVA van de ziekenhuisfase en met name wordt getoond hoe met behulp van grafieken een veel beter overzicht wordt verkregen. Met gebruik van de core sets ziekenhuis, start klinische revalidatie, revalidatie behandelphase en uitkomst na klinische revalidatie wordt de gang van de patiënt vervolgd vanaf het ziekenhuis tot en met ontslag uit klinische revalidatie. Getoond wordt dat met behulp van grafieken het revalidatiebeloop veel beter kan worden vervolgd dan tot heden mogelijk is. Tevens kunnen aan de hand van de in de grafieken getoonde klinimetrische scores de revalidatie behandeldoelen precies worden vastgesteld. Kernprobleem en hulpvraag kunnen zo uitstekend met elkaar in overeenstemming worden gebracht en bij verschillen er tussen kunnen op evidence based gronden keuzes gemaakt worden.

Toekomstperspectief

- Klinimetrie kernsets invoeren conform landelijk beleid WCN
 - Verder uitdiepen klinimetrie revalidatie behandelfase
- Kernsets klinimetrie invoeren in behandelprogramma's CVA
- Daarna: vervaardigen van protocollen
 - Klinimetrie verbinden aan behandelmodules
 - Afhankelijk van uitslag scores screenende klinimetrie: vervolgeklinimetrie in gang zetten

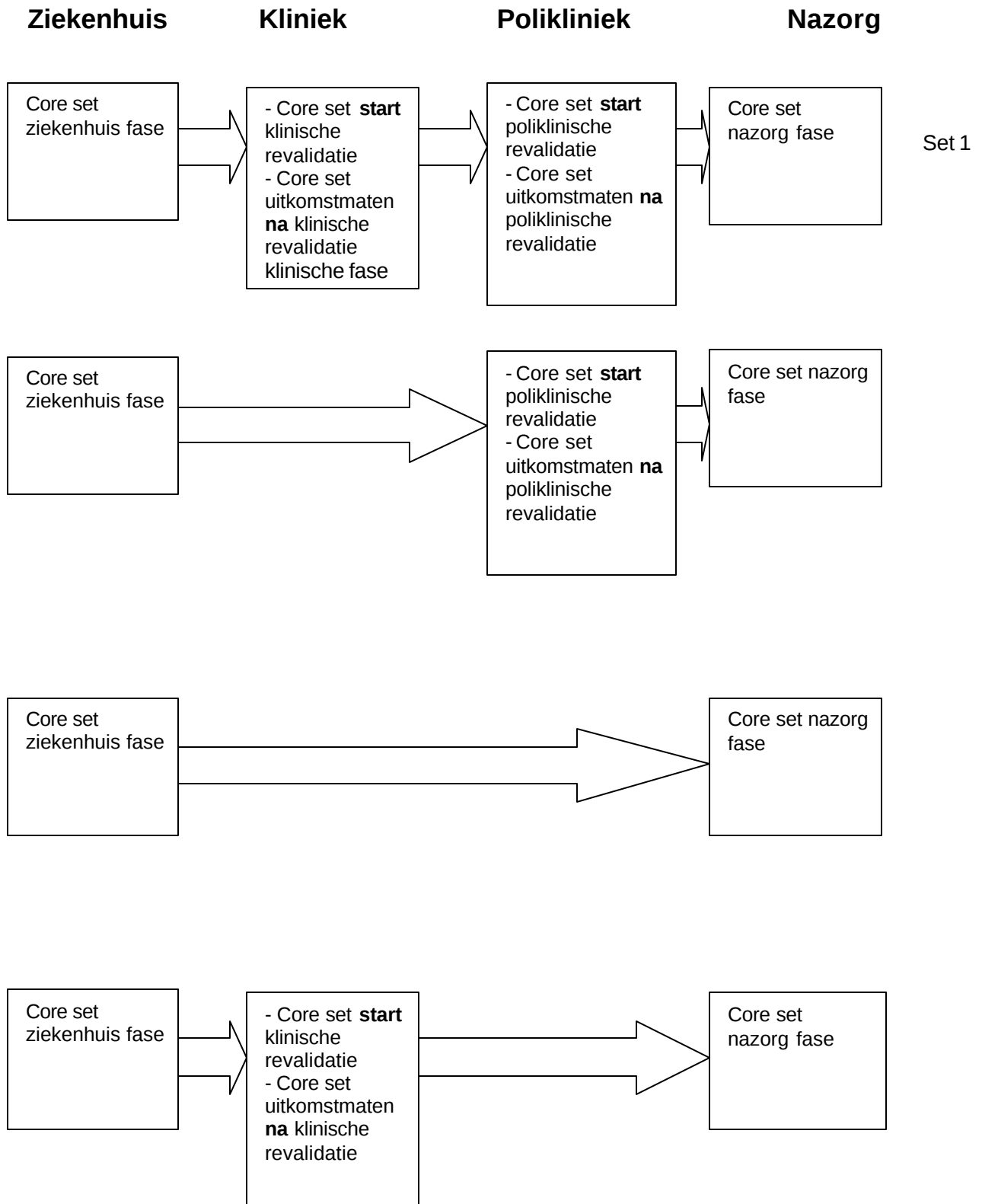
Abstract Goal Attainment Scaling (GAS)

Sharon Bouwens

Dokter, kan ik straks weer naar Ibiza?

Zoveel mensen, zoveel wensen, ook in de revalidatie. Voor de een is het weer kunnen voortbewegen in een rolstoel het ultieme doel, voor de ander is dit resultaat een ware nachtmerrie. Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen beperkingen en verwachtingen. Met name op participatieniveau zijn doelen sterk afhankelijk van de leefstijl en ambities. Dit maakt het niet alleen moeilijk voor de clinicus om standaard behandelmethodes toe te passen, ook voor onderzoek naar de effectiviteit van een behandelmethode is het lastig rekening te houden met de grote individuele verschillen; revalidatieprogramma's zijn gericht op de individuele patiënt terwijl de evaluatiemethoden gericht zijn op de gemiddelde patiënt. Kirusek en Sherman introduceerden in 1968 een methode om bovenstaande problemen te ondervangen: Goal Attainment Scaling (GAS). De GAS is een methode om individuele doelen te stellen en de mate waarin de patiënt de doelen behaald te scoren. Voorafgaand aan de behandeling wordt er met de patiënt gekeken welke probleemgebieden er zijn, wat voor doelen de patiënt binnen een bepaalde vooraf vastgestelde periode wil behalen, en of er doelen zijn die belangrijker zijn dan andere doelen en die zodoende meer gewicht kunnen krijgen. De GAS methode streeft er naar om doelen zo concreet mogelijk te maken, dus niet "Ik wil weer de oude worden", maar doelen als 'Ik wil na de behandeling/therapie iedere dag mijn agenda invullen en bekijken zodat ik minder vaak mijn afspraken vergeet. De GAS bestaat uit vijf niveaus, variërend van veel lager dan verwacht niveau tot veel hoger dan verwacht niveau. Bij het opstellen van de doelen, wordt bepaald op welk niveau iemand momenteel zit en er wordt bepaald wat het verwachte (reële) niveau is. Aan het eind van de behandeling wordt in samenspraak met de patiënt bepaald welk niveau behaald is. Tijdens de lezing zal dieper ingegaan worden op het gebruik van de GAS in de praktijk. Hoe maak je een GAS en waar moet je op letten als je deze methode wilt gaan gebruiken?

Core sets Klinimetrie bij CVA



De **core set revalidatie behandelfase** zal in een vervolgtraject worden uitgewerkt. Nadere analyse naar kernprofielen en kerninstrumenten voor deze fase is gewenst.

Gezien de diversiteit van de mogelijke problematiek lijkt een geschikte aanpak voor deze fase om patiënten profielen te maken op basis van problemen in de domeinen:

1. zelfredzaamheid en ambulantie
2. cognitief functioneren
3. communicatief functioneren
4. gedragsmatig functioneren
5. reïntegratie (HDL, vrije tijdsbesteding/arbeid)

Opmerking: voor een beoordeling van de scores van de items in de diverse domeinen dienen we ons te realiseren, dat problemen in het éne domein problemen in andere domeinen kunnen veroorzaken.

Zo kunnen bijvoorbeeld problemen in zelfredzaamheid berusten op beperkingen in fysiek functioneren (m.b.t. handfunctie, transfer/loopfunctie), beperkingen in cognitief functioneren (b.v. apraxie), of beperkingen in psychisch functioneren (b.v. depressie).

Hieronder staan de **core sets klinimetrie bij CVA**:

Core set Ziekenhuis fase

DOMEINEN EN ITEMS	
Premorbide situatie	
ADL en ambulantie : Barthel Index	P
Cognitie: Hetero Anamnese lijst Cognitie	P
Stemming: Hospital Anxiety and Depression Scale	P
Ziekte/biologie	
Leeftijd	PB
Bloedig/onbloedig	DB
Linker/rechter hemisfeer + zijde dominantie motoriek hand	D
Recidief CVA	P
Lokalisatie CVA: CT/MRI scan	DP
Functies/structuren	
Bewustzijnsverlies (< 48 uur post-CVA): Glasgow Coma Scale	PB
Slikstoornis: Standardised swallowing assessment	SB
Rompbalans: Trunk Control Test/ Trunk Impairment Scale	PB
Parese: Motricity Index subsecties arm en been	PB
Stemming: Hospital Anxiety and Depression Scale	SPB
Cognitie: Mini Mental Status Examination	SPB
Activiteiten	
Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories	PB
ADL en ambulantie : Barthel Index	PB
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	PB
Thuisituatie	
Woning aangepast	PB
Draagkracht partner: COOP-WONCA schalen	SPB
Bereidheid en beschikbaarheid partner	SPB
Sociaal netwerk : Sociale Netwerk Score	SPB

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren van de behandeling (doelen bepalen, monitoren en evalueren lopen in elkaar over: als je een behandeling hebt gemonitord of geëvalueerd, dan bepaal je daarna weer vervolgoelen)

Core set Start Klinische Revalidatie

DOMEINEN EN ITEMS	
Premorbide situatie	
Instrumentele ADL: Modified Frenchay Activities Index	D
Functies/structuren	
Woordvindingsstoornissen: Boston Benoemings Test \$	DB
Verbaal begrip: Token Test (indien afwijkend: Akense Afasie Test \$: niet < 2 weken post-CVA afnemen, tenzij bij lichte afasie)	DPB
Rechtshemisferische communicatiestoornissen: Rechtshemisferisch communicatie onderzoek \$	D
Rompbalans: Trunk Control Test/ Trunk Impairment Scale; Berg Balance Scale (indien FAC = 3) \$	DPB
Selectiviteit in motoriek hand, arm en been: Motorisch stadium Brunnstrom Fugl-Meyer Scale	DPB
Tonus arm en been: Ashworth Scale	D
Parese arm en been: Motricity Index	DPB
Positiezin hand: Thumb finding test	D
Bewegings- en positiezin enkel: Modified Nottingham Sensory Test	D
Cognitie: Screenend NPO conform NIP revalidatiepsychologie	SDPB
Activiteiten	
Armfunctie: Frenchay Arm Test, of Action Research Arm Test (bij plafondeffect: Nine Hole Peg Test \$)	SDB
Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories + 10 meter looptest + 6 minuten looptest	DB
ADL en ambulantie : Barthel Index ; A-one \$	DPB;SDB
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	DPB
Verbaal communicatieve vaardigheid: Amsterdam Nijmegen Taal Test	DB
Behoeften Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve Activiteiten \$	DB
Cognitie: WCN observatielijst cognitieve beperkingen; AMPS \$	SB;SPB
Hulpvraag Revalidant	
Hulpvraag revalidant: Canadian Occupational and Performance Measure	DB

\$ Op indicatie: item alleen afnemen, indien het zinvol is om de schaal af te nemen.

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren behandeling

Opmerkingen: Bij de klinimetrie "start klinische revalidatie" gaan we ervan uit, dat we de beschikking hebben over de core sets klinimetrie van de ziekenhuisfase. Bij ontbreken van items uit de ziekenhuisfase dienen deze alsnog te worden afgenomen. De klinimetrie start klinische revalidatie wordt afgenomen binnen de eerste 2 à 3 weken na opname in het revalidatiecentrum.

Core set Start Poliklinische Revalidatie

DOMEINEN EN ITEMS	
Premorbide situatie	
Instrumentele ADL: modified Frenchay Activities Index	B
Funcities/structuren	
Vermoeidheid: Fatigue Severity Scale	S
Woordvindingsstoornissen: Boston Benoemings Test \$	DB
Verbaal begrip: Token Test (indien afwijkend: Akense Afasie Test: \$: niet < 2 weken post-CVA afnemen, tenzij bij lichte afasie)	DBP
Rechtshemisferische communicatiestoornissen: Rechtshemisferisch communicatie onderzoek \$	D
Rompbalans: Trunk Control Test/ Trunk Impairment Scale; Berg Balance Scale (indien FAC = 3) \$	DBP
Selectiviteit in motoriek hand, arm en been: Motorisch stadium Brunnstrom Fugl-Meyer Scale	DBP
Tonus: Ashworth Scale	D
Parese arm en been: Motricity Index	DBP
Positiezin hand: Thumb finding test	D
Bewegings- en positiezin enkel: Modified Nottingham Sensory Test	D
Cognitie: Screenend NPO conform NIP revalidatiepsychologie \$	SDPB
Activiteiten	
Armfunctie: Frenchay Arm Test, of Action Research Arm Test (bij plafondeffect: Nine Hole Peg Test \$)	DSB
Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories + 10 meter looptest + 6 minuten looptest	D B
Transfers en ambulantie: Rivermead Mobility Index	DB
ADL en ambulantie : Barthel Index	DPB
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	DB
Verbaal communicatieve vaardigheid: Amsterdam Nijmegen Taal Test \$	DB
Behoeften Inventarisatie en Probleem-Analyse van Communicatieve Activiteiten \$	DB
Motorische en procesmatige vaardigheden: Assessment of Motor and Process Skills \$	SBP
Thuisituatie	
Ervaren belasting door zorg verlener: Caregiver Strain Index	S
Hulpvraag Revalidant	
Hulpvraag revalidant: Canadian Occupational and Performance Measure	DB

\$ Op indicatie: item alleen afnemen, indien het zinvol is om de schaal af te nemen.

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren behandeling

Opmerkingen: Bij de klinimetrie "start poliklinische revalidatie" gaan we ervan uit, dat we de beschikking hebben over de klinimetrie van de ziekenhuisfase, dan wel over de klinimetrie van de klinische revalidatiefase.
Screenend NPO conform NIP revalidatiepsychologie alleen afnemen, indien dit in een eerdere fase nog niet is verricht.

Core set Uitkomstmaten na Klinische Revalidatie

DOMEINEN EN ITEMS	
Funcities/structuren	
Rompbalans: Trunk Control Test/ Trunk Impairment Scale; Berg Balance Scale (indien FAC = 3) \$	B;P
Selectiviteit in motoriek hand, arm en been: Motorisch stadium Brunnstrom Fugl-Meyer Scale	BP
Stemming: Hospital Anxiety and Depression Scale	BS
Cognitie: Mini Mental Status Examination	B
Activiteiten	
Armfunctie: Frenchay Arm Test; Action Research Arm Test (bij plafondeffect: Nine Hole Peg Test \$)	B
Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories + 10 meter looptest + 6 minuten looptest	B
ADL en ambulantie : Barthel Index	B
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	B
Transfers en ambulantie: Rivermead Mobility Index	B
Thuisituatie	
Ervaren belasting door zorgverlener: Caregiver Strain Index	S

\$ Op indicatie: item alleen afnemen, indien het zinvol is om de schaal af te nemen.

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren behandeling

Core set Uitkomstmaten na Poliklinische Revalidatie

DOMEINEN EN ITEMS	
Funcities/structuren	
Rompbalans: Trunk Control Test/ Trunk Impairment Scale; Berg Balance Scale (indien FAC = 3) \$	BP
Selectiviteit in motoriek hand, arm en been: Motorisch stadium Brunnstrom Fugl-Meyer Scale	BP
Vermoeidheid: Fatigue Severity Scale	DB
Cognitie: Mini Mental Status Examination	B
Stemming: Hospital Anxiety and Depression Scale	DB
Activiteiten	
Armfunctie: Frenchay Arm Test, of Action Research Arm Test (bij plafondeffect: Nine Hole Peg Test \$)	B
Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories + 10 meter looptest + 6 minuten looptest	B
ADL en ambulantie : Barthel Index	P
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	B
Transfers en ambulantie: Rivermead Mobility Index	B
Instrumentele ADL: modified Frenchay Activities Index	B
Participatie	
Tevredenheid met leefsituatie: Life Satisfaction Questionnaire 9	DB
Thuisituatie	
Ervaren belasting door zorgverlener: Caregiver Strain Index	S

\$ Op indicatie

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren behandeling

Core set Nazorg

DOMEINEN EN ITEMS	
Functies/structuren	
Vermoeidheid: Fatigue Severity Scale	SB
Tonus: Ashworth Scale	SB
Stemming: Hospital Anxiety and Depression Scale \$	SB
Activiteiten niveau	
ADL en ambulantie : Barthel Index \$	SB
Loopvaardigheid: 10 meter looptest \$	SB
Transfers en ambulantie: Rivermead Mobility Index	SB
Instrumentele ADL: modified Frenchay Activities Index	
Communicatieniveau: Stichting Afasie Nederland schaal	SB
Participatie niveau	
Tevredenheid met leefsituatie: Life Satisfaction Questionnaire 9	DB
Thuisituatie	
Sociaal netwerk : Sociale Netwerk Score	S
Ervaren belasting door zorgverlener: Caregiver Strain Index	S

\$ Op indicatie

D: Diagnostiek

P: Prognostiek

S: Screening

B: Behandeldoelen bepalen, monitoren en evalueren behandeling

z