

The continuing story: USER als uitkomstmeting van klinische revalidatie

M. Willems, S. Berdenis van Berlekom, F. van Asbeck, M. Post

In *Revalidata* is de laatste jaren veel geschreven over indicatoren en het meten van de uitkomsten van revalidatie. Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatieartsen adviseren hun leden om ervaring op te doen met de Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie (USER) als uitkomstmaat. In de Hoogstraat wordt sinds 2008 de USER gebruikt. In dit artikel presenteren we onze eerste praktijkervaringen.

Revalidatie Nederland (RN) en de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) willen met behulp van uitkomstindicatoren de samenleving inzicht geven in de meerwaarde van revalidatiezorg en deze op niveau houden en verbeteren. De USER is in de basisset prestatie-indicatoren voor revalidatie opgenomen als uitkomstmaat voor zelfstandigheid. Zelfstandigheid in ADL en mobiliteit is voor verreweg de meeste klinische revalidatiepatiënten een belangrijk behandel-doel en om die reden een logische uitkomstmaat.^{1,2}

Het advies van RN en de kwaliteitscommissie en bestuur van de VRA aan hun leden om ervaring op te doen met de USER heeft ertoe geleid, dat momenteel zo'n 10 revalidatiecentra bezig zijn met de invoering. De Hoogstraat gebruikt het meetinstrument sinds 2008. Verpleegkundigen nemen de

USER bij alle klinisch opgenomen volwassen revalidanten af, in ieder geval bij opname en ontslag en in sommige teams vaker.

De Hoogstraat heeft begin dit jaar voor het eerst de USER gegevens over een jaar gebundeld. Het doel van deze bijdrage is om verschillende mogelijkheden te laten zien om USER als uitkomstmaat te presenteren en daarmee meer inzicht te verschaffen in de bruikbaarheid van de USER voor dit doel.

WAT MEET DE USER?

De USER meet in objectieve termen het functioneren van de revalidant op het gebied van mobiliteit, zelfverzorging en cognitie. De som van de score voor mobiliteit en zelfverzorging is een maat voor zelfstandigheid. Daarnaast worden subjectieve aspecten als stemming, vermoeidheid en pijn gemeten. De resultaten van de subjectieve aspecten vallen buiten het kader van dit artikel. We zullen daarover op een ander moment berichten.

Uit onderzoek blijkt dat de USER voldoet aan de psychometrische eisen van een meetinstrument en daarmee toepasbaar is in zowel onderzoek als de klinische praktijk.³ De USER is bruikbaar voor volwassen klinisch opgenomen revalidanten van verschillende diagnosegroepen.⁴

BESCHIKBARE GEGEVENS

De USER wordt in De Hoogstraat door een verpleegkundige afgenomen en in het programma Klinilyzer ingevoerd. Om de USER

als indicator te gebruiken is het nodig minimaal gegevens te hebben bij opname en ontslag. Over 2009 is van 266 van de 417 (64%) in dat jaar ontslagen klinische revalidanten zowel bij opname als ontslag een USER afgenomen. Van de anderen ontbrak meestal het ontslagformulier. In het begin van 2009 werd de USER nog minder consequent afgenomen. Daarnaast ontbreken een aantal ontslagformulieren door plotselinge overplaatsing naar het ziekenhuis. Tenslotte is er een aantal mensen, dat binnen een week weer ontslagen werd, waardoor er van hen geen USER formulieren zijn ingevuld.

EERSTE RESULTATEN

Mobiliteit, zelfverzorging en cognitie
In Tabel 1 staan van deze 266 revalidanten de gemiddelde scores per DBC hoofddiagnose weergegeven voor mobiliteit, zelfverzorging en cognitie, zowel bij opname als ontslag. Verder vermeldt de tabel het percentage vooruitgang tijdens de klinische opname.

Wat de tabel duidelijk laat zien, is dat revalidanten van vrijwel alle diagnosegroepen (veel) hoger scoren bij ontslag. De meeste vooruitgang wordt behaald op het domein mobiliteit. Met name patiënten met de diagnose dwarslaesie, neurologie en amputatie, boeken veel vooruitgang. De enige diagnosegroep, die nauwelijks verbetering laat zien, is chronische pijn. Bij deze diagnosegroep zijn de scores bij opname al hoog en verandert er tijdens opname

Mw. drs. M. Willems, projectleider, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

S. Berdenis van Berlekom, MBA, directeur zorg en innovatie, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. F. van Asbeck, revalidatiearts, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. M. Post, senioronderzoeker, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

weinig tot niets. Dit is te verklaren doordat de doelstellingen voor revalidatie bij deze groep vooral gericht zijn op doelen, die de USER niet meet. Voor De Hoogstraat is dit een extra argument om mee te doen aan het project Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie om vast te kunnen stellen of andere meetinstrumenten beter het effect van pijnrevalidatie kunnen aantonen (http://www.revalidatie-innovatie.nl/projecten/nederlandse_dataset_pijnrevalidatie).

Wat verder opvalt, is dat de scores voor het domein cognitie bij alle diagnosegroepen bij opname hoog zijn. Dit is voor de meeste diagnosegroepen niet verrassend, maar opvallend is wel dat ook bij de diagnosegroep 'hersenen', waar je veel cognitieve beperkingen verwacht, de score bij opname relatief hoog is (37 van de 50 punten) en dat de cognitiescores van deze patiënten gedurende opname wel vooruit gaan, maar minder dan je zou verwachten (14%). Om die reden hebben we ook alleen revalidanten met een lage score (< 35 punten) bij opname geanalyseerd. Je ziet dan een ander beeld. Deze groep blijkt gemiddeld genomen veel meer te verbeteren (61% in plaats van 14%). Dit is interessant, omdat dit de groep is waar cognitieve revalidatie zich met name op richt.

Zelfstandigheid

De som van mobiliteit en zelfverzorging is een indicator voor hoe zelfstandig iemand in ADL functioneert. Deze score is minimaal 0 en maximaal 70 en is ons inziens bruikbaar als de kwaliteitsindicator score voor zelfstandigheid. De verandering in zelfstandigheid tijdens de klinische revalidatie hebben wij op twee manieren in beeld gebracht. In grafiek 1 zijn per DBC hoofddiagnose de scores bij opname en ontslag weergegeven. Deze grafiek maakt duidelijk, dat de scores bij ontslag meestal hoger zijn dan die bij opname. Verder laat deze grafiek goed zien, dat de spreiding van scores

	Ba	Ch	D	H	N	O	Totaal
	Bevrijding van pijn	Amputatie	Chronisch pijn en psych	Dwarslaesie	Hersenen	Neurologie	Overigen
Aantal revalidanten (opname/ontslag)	33	14	25	33	140	11	266
MOBILITEIT (SCHAAL 0-35, 0=volledig afhankelijk, 35=volledig zelfstandig)							
gemiddelde score opname	17	13	26	7	20	12	20
gemiddelde score ontslag	27	24	26	15	29	23	31
verbetering t.o.v. opname	59%	85%	0%	114%	45%	92%	55%
ZELFVERZORGING (SCHAAL 0-35, 0=volledig afhankelijk, 35=volledig zelfstandig)							
gemiddelde score opname	26	25	31	14	24	22	28
gemiddelde score ontslag	32	33	32	23	31	29	33
verbetering t.o.v. opname	23%	32%	3%	64%	29%	32%	18%
COGNITIE (SCHAAL 0-50, 0=volledig afhankelijk, 50=volledig zelfstandig)							
gemiddelde score opname	47	47	45	48	37	49	44
gemiddelde score ontslag	49	49	46	48	42	49	48
verbetering t.o.v. opname	4%	4%	2%	0%	14%	0%	9%

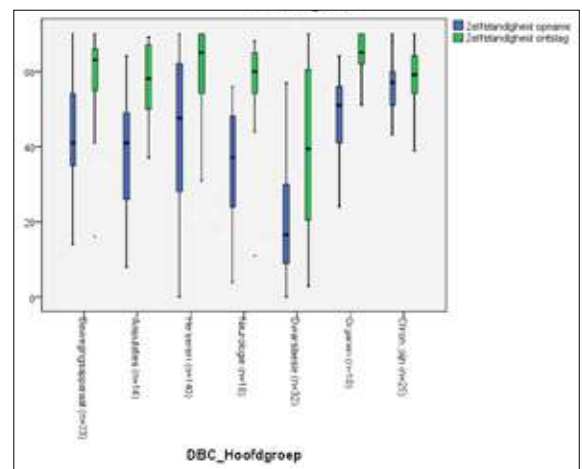
<1%
tussen 1-50%
tussen 51-100%
>100%

Tabel 1. USER mobiliteit, zelfverzorging en cognitie. Revalidanten met ontslagdatum in 2009.

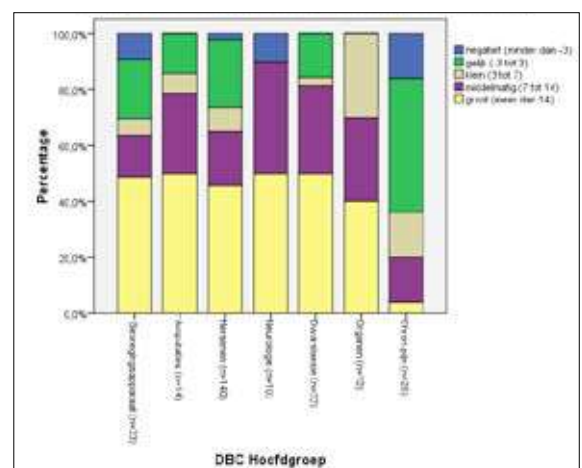
groot is, zowel bij opname als bij ontslag. Tenslotte is te zien, dat de mediaan van de ontslagscores voor alle diagnosegroepen, behalve dwarslaesie, rond de 60 punten ligt. Kennelijk is dit een mate van zelfstandigheid waarop ontslag naar huis voor de meeste revalidanten aan de orde is.

Een weergave van USER scores als in grafiek 1 heeft als nadeel, dat je niet kunt zien wat de variatie is in vooruitgang. Sommige revalidanten gaan sterk vooruit, terwijl anderen nauwelijks veranderen in score of zelfs lagere scores hebben bij ontslag. Om meer inzicht te geven in deze spreiding zijn in grafiek 2 de revalidanten ingedeeld naar hun verandering in zelfstandig functioneren. Om een verschilscore te kunnen interpreteren hebben wij gebruik gemaakt van Cohen's Effect Size (ES). De ES wordt berekend door de verschilscore te delen door de standaarddeviatie van de opnamescore. Volgens Cohen betekent een ES van 0,2 een kleine verandering, van 0,5 een middelmatig grote verandering en van 0,8 een grote verandering. Toegepast op de score voor zelfstandigheid betekent een verschil van 3 punten een kleine, een verschil van 7 punten een middelmatig grote, en een verschil van 14 punten een grote verandering.

Uit grafiek 2 blijkt, dat de meeste revalidanten, 43%, sterk vooruit gaan tijdens klinische opname.



Grafiek 1: Score voor zelfstandigheid bij opname en ontslag naar DBC hoofddiagnose.



Grafiek 2: Toename van zelfstandigheid tussen opname en ontslag.

De maximale verbetering is 58 punten. Dit is een vrouw van 45 jaar, die revalideert na verwijdering van een meningeoom, gecompliceerd met een hydrocephalus.

Haar revalidatiedoelen zijn het optimaliseren van de ADL zelfstandigheid, met vooral aandacht voor het handhaven van de continentie. Volgens haar USER scores is dat gelukt. Bij opname scoort ze 12 punten voor mobiliteit en zelfverzorging. Ze kan dan alleen zelfstandig eten en drinken. Twee maanden later, bij ontslag, scoort ze het maximum van 70 punten. Zeven van de 10 'topscoreers' zijn afkomstig uit de diagnosegroep 'hersenen'.

Er zijn ook revalidanten, die nauwelijks vooruit gaan tijdens revalidatie of zelfs achteruit gaan. Dit zijn in totaal 71 van de 266 revalidanten (27%). Deels is dit verklaarbaar, doordat ook revalidanten met andere behandeldoelen dan het verbeteren van de ADL zelfstandigheid zijn opgenomen. Zo hebben 5 van de 11 revalidanten, die bij ontslag lager scoren dan bij opname, de diagnose chronische pijn. Ook zijn er revalidanten, die niet of nauwelijks vooruitgaan op de USER, maar waarvan je desondanks kunt concluderen dat revalidatie is geslaagd. Een voorbeeld is een vrouw met een hoge dwarslaesie. Ze scoort bij opname zeer laag op zelfstandigheid (20 van de 70 punten). Zes maanden later bij ontslag scoort ze nauwelijks hoger. Ondanks dat deze vrouw nog steeds sterk hulpafhankelijk is, is het behandelteam zeer tevreden. Het behandelteam heeft veel tijd en energie gestoken in het aanpassen van het huis, het aanvragen van hulpmiddelen en het regelen van hulp thuis. Daardoor is het gelukt om haar naar *haar eigen huis* te ontslaan.

Maar de meeste revalidanten hebben wel behandeldoelen op gebied van verbeteren van de ADL zelfstandigheid. Zo is er bijvoorbeeld een man opgenomen na een ischemisch cva, met als revalidatiedoelen 'Ik wil kunnen opstaan, ik wil lopen, eventueel met behulp van een hulpmid-

BRUIKBARE TERUGRAPPORTAGE IS DE UITDAGING

Afnemen van de USER is één ding, de resultaten op groepsniveau op een heldere en inzichtelijke wijze terugrapporteren naar het eigen centrum en naar andere betrokken organisaties is een volgende uitdaging. Voor zover wij weten zijn er nog geen revalidatiecentra die gegevens over uitkomsten terug rapporteren naar de eigen instelling en andere betrokkenen. Ook moet daarmee nog de nodige ervaring worden opgedaan. USER scores kunnen op verschillende manieren worden gepresenteerd: bijvoorbeeld als een verschilscore of als percentage vooruitgang. Daarnaast is bijvoorbeeld nog niet duidelijk hoeveel punten verschil 'veel' of 'enige' vooruitgang in zelfstandigheid betekent. Het doel van deze bijdrage is verschillende mogelijkheden te laten zien om USER als uitkomstmaat te presenteren.

del en ik wil naar huis kunnen gaan'. Na 2 maanden is deze man ontslagen naar een verpleeghuis. De USER score voor zelfstandigheid was bij opname zeer laag (19 van de 70 punten) en is tijdens de revalidatie niet verbeterd. Het is natuurlijk interessant om nu samen met de betrokken behandelaren te kijken of we hier voor de toekomst van kunnen leren: Hadden we kunnen voorspellen dat deze revalidant weinig vooruit zou gaan? Had deze revalidant opgenomen moeten worden in een revalidatiecentrum? Hadden we eerder de revalidatie kunnen beëindigen?

Ook zijn er revalidanten, die bij opname al zeer hoog scoren, waarvan je je achteraf gezien kan afvragen of je die had moeten opnemen of dat poliklinische revalidatie voldoende was geweest. Een voorbeeld is een vrouw, die opgenomen is, nadat een tumor in haar nek is verwijderd. Bij opname scoort ze al 69 van de 70 punten op zelfstandigheid. Bij navraag blijkt dat ze in de 3 weken wachttijd voor opname onverwachts sterk is opgeknapt. Opname is toch doorgegaan,

omdat mevrouw zich daar op had ingesteld. Het belangrijkste revalidatiedoel was conditieopbouw, maar achteraf gezien had dit prima poliklinisch gekund.

CONCLUSIE

De belangrijkste meerwaarde van het afnemen van de USER is, dat we er resultaten van klinische revalidatie mee in beeld kunnen brengen. Het zal voor geen enkele zorgverlener een verrassing zijn dat de meeste revalidanten vooruitgaan in zelfstandigheid. We zien dat dagelijks om ons heen, maar met de USER wordt deze vooruitgang in cijfers uitgedrukt, en daarmee vergelijkbaar tussen diagnosegroepen, teams en centra en worden de resultaten van revalidatie ook zichtbaar voor andere mensen binnen en buiten het revalidatiecentrum.

De volgende stap is om van deze resultaten te komen tot verbeteringen van de zorg. De scores geven ons inziens daartoe voldoende aanknopingspunten. Dit jaar zullen revalidatieartsen en behandelaren de resultaten in De Hoogstraat bespreken, interpreteren en zo mogelijk verklaren.

NIET ALLEEN KWALITEITSINDICATOR

De USER is ook bruikbaar in de patiëntenzorg en kan dus direct meerwaarde hebben voor medewerkers en revalidanten. Als de USER regelmatig, bijvoorbeeld voor elk teamoverleg, wordt afgenomen, kan het de revalidant en het behandelteam snel en overzichtelijk inzicht geven in het verloop van de revalidatie. Een aantal teams binnen De Hoogstraat gebruikt de USER op deze manier. Ter ondersteuning van gebruik in de zorg is een digitale weergave ontwikkeld. Met behulp van grafieken en kleuren wordt visueel gemaakt hoe de revalidatie verloopt en waar nog aan gewerkt moet worden. Zo biedt het instrument ook voor individuele revalidanten houvast. Het geeft een beeld op welke gebieden ze vooruitgang hebben geboekt en maakt duidelijk op welke punten nog vooruitgang mogelijk lijkt. Het gebruik in de zorg met directe feedback naar revalidant en behandelaar verhoogt de motivatie om de USER af te nemen met een positief effect op de toepassing van de USER als kwaliteitsindicator.

Nog interessanter wordt het als de resultaten van De Hoogstraat vergeleken kunnen worden met die van volgende jaren en met die van andere revalidatiecentra. Dat zal ons helpen om meer inzicht in de effecten van de geboden zorg te krijgen en deze gericht te verbeteren.

Literatuur

1. *Commissie prestatie-indicatoren. Revalidatie-indicatoren: inzicht in*

- de uitkomst. Revalidata 2008, 30, 145: 30-32.*
2. *Berdenis van Berlekom S, Koppe P. To be continued, ontwikkeling van prestatie-indicatoren in de revalidatie. Revalidata 2009, 31, 152: 12-15.*
3. *Post M, Port I van de, Kap B, Berdenis van Berlekom S. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil 2009, 23, 10: 909-917.*

4. *Port I van de, Berdenis van Berlekom S, Baines RJ, Peeters R, Sikkes R, Raats Baexk F, Schilders A, Post M. Meten = Weten: evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie. Revalidata 2007, 29, 139: 2-6.*

CORRESPONDENTIE

E-mail: user@dehoogstraat.nl