

BRUIKBAARHEID VAN DE USER BINNEN DE GRZ

EEN PRAKTIJKONDERZOEK

BETROUWBAARHEIDSONDERZOEK NAAR DE INTERBEOORDELAARSBETROUWBAARHEID



Studenten: Agnes Kiel & Chanise Speelman

Studentnummer: 340306 / 354314

Scriptiebegeleider: Bettie Oosterhoff

Datum: 10-07-2019

Opleiding: HBO fysiotherapie

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Bruikbaarheid van de USER binnen de GRZ'. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd binnen het geriatisch revalidatiecentrum de Boshof te Assen. De scriptie is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool te Groningen. Als stagiaires fysiotherapie bij de Boshof hebben wij een afstudeeropdracht aangereikt gekregen. De Boshof wil ervaring opdoen met een innovatief meetinstrument: de Utrechtse Schaal voor Klinische Revalidatie (USER). Ook wil de Boshof graag weten of dit meetinstrument gebruikt kan worden binnen de Geriatische Revalidatiezorg en mogelijk de Barthel Index (BI) kan vervangen. Geriatisch revalidatiecentrum de Boshof in Assen is een centrum voor revalidatie en herstelzorg. Ouderen kunnen hier tijdelijk verblijven om te herstellen van een operatie of ziekte. In dit centrum wordt samengewerkt in een multidisciplinair team.

Agnes Kiel: Ouderen die tijdelijk in een revalidatiecentrum zitten willen vaak het liefst zo snel mogelijk weer naar huis kunnen. Inzicht in het functioneren is hierbij ontzettend belangrijk. Het gebruik van meetinstrumenten die het functioneren in kaart brengen zorgt ervoor dat duidelijk is wanneer iemand veilig naar huis kan. Ik vond het leerzaam en leuk om deze scriptie samen met Chanise te schrijven en het geeft mij voldoening om iets bij te mogen dragen in de geriatische revalidatiezorg.

Chanise Speelman: Op de opleiding leer je veel verschillende meetinstrumenten kennen. Pas wanneer je met patiënten gaat werken leer je welk meetinstrument het beste toepasbaar is in die situatie. In de geriatische revalidatie is het meetbaar maken van het functioneren van de patiënt het belangrijkste, daar worden immers de revalidatiedoelen op gebaseerd. Wat ik op de opleiding al erg interessant vond is het psychologische aspect achter de klachten die patiënten ervaren. De afstudeeropdracht sprak mij aan doordat het meetinstrument waar we ons in hebben verdiept onder andere het psychologische aspect ruim in kaart brengt. Dit aspect ontbreekt in de Barthel Index, het huidige meetinstrument wat door de opdrachtgever wordt gebruikt. Dit onderzoek draagt bij aan de innovatie binnen de GRZ.

Bij deze willen wij graag onze docent Bettie Oosterhof, begeleiders Jildou Hoogland, Linda Huizing-Oosting en Carien van Nieuwenhoven bedanken voor de fijne begeleiding, de ondersteuning tijdens onze stagetijd en het schrijven van de scriptie. Ook willen wij de fysiotherapeuten van de Boshof bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Chanise Speelman & Agnes Kiel

Groningen, 8 juni 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	4
Abstract	5
Inleiding.....	6
Methode.....	8
<i>Onderzoek ontwerp</i>	8
<i>Het meetinstrument</i>	8
Proefpersonen.....	8
Beoordelaars	9
<i>Meetprotocol (procedure)</i>	9
<i>Data-analyse</i>	9
Beschrijvende statistiek.....	9
Toetsende statistiek	9
Resultaten	10
<i>Gemiddelde USER-score en gemiddelde opnameduur per opnamecategorie</i>	10
<i>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid USER-onderdelen mobiliteit en cognitie</i>	13
Discussie	14
<i>Gemiddelde USER-score bij ontslag</i>	14
<i>Gemiddelde opnameduur</i>	14
<i>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid</i>	15
<i>Beschouwing methode</i>	16
<i>Beroepsmatig handelen en aanbeveling voor in de praktijk</i>	17
Conclusie.....	18
Bibliografie	19
Bijlagen	21
Bijlage 1: Protocol ethische toetsing.....	21
Bijlage 2: Protocol USER	26
Bijlage 3: Stroomdiagram uit handleiding Utrechtse Schaal Evaluatie van Revalidatie.....	42
Bijlage 4: Interpretaties scores domein cognitive.....	43
Bijlage 5: Voorbeeldformulier MDO waarbij gebruik wordt gemaakt van de USER	45

Samenvatting

Kernwoorden: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, USER, geriatrie, revalidatie

Inleiding: Na een periode van ziekte of een ziekenhuisopname zijn functioneringsproblemen een veel voorkomend gevolg. Vooral bij de oudere populatie zorgt dit vaak voor tijdelijke problemen in het functioneren en verminderde zelfredzaamheid. Geriatrische revalidatie is een welkome oplossing. De Barthel Index (BI) wordt veelvuldig ingezet om de vooruitgang in functioneren te meten bij patiënten binnen de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). Een nieuw meetinstrument met verrekendere kenmerken dan de BI is de Utrechtse Schaal voor Evaluatie en Revalidatie (USER). De validiteit van de USER is reeds bekend, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog niet. In dit betrouwbaarheidsonderzoek wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid binnen de GRZ onderzocht. Dit onderzoek zal ook de gemiddelde USER-score en de gemiddelde opname duur onderzoeken. De USER is mogelijk een geschikte vervanger van de BI.

Methode: Het hoofddoel van deze studie was het onderzoeken van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER-domeinen mobiliteit en cognitie binnen de GRZ. Daarvoor is de USER tweemaal per proefpersoon afgenomen door twee onafhankelijke beoordelaars. De beoordelaars waren fysiotherapeuten binnen GRZ de Boshof. De volgende inclusiecriteria waren van toepassing op de patiënten: leeftijd >60, opname duur >1 week, sterke communicatieve vaardigheden (beoordeeld door de beoordelaars). De overige vier van de zes domeinen waren niet geschikt voor de discipline fysiotherapie of voor het onderzoeken van de betrouwbaarheid. De verzamelde data werd beschreven en getest met het statistiek programma SPSS. De Intra Class Correlation (ICC) werd gebruikt voor het testen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Resultaten: De gemiddelde score op de USER bij ontslag is 63/85 bij patiënten met hart/longaandoeningen en is 71/85 bij patiënten na gewricht vervangende operaties. Voor patiënten met fractures is dit niet bekend. De gemiddelde opnameduur is 16 dagen bij patiënten hart/longaandoeningen, 33 dagen bij patiënten met fractures en 23 dagen bij patiënten na gewricht vervangende operaties. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het USER-domein mobiliteit is gering (ICC 0,148) en van het domein cognitie matig (ICC 0,220). De mate van overeenkomst werd beoordeeld aan de hand van de maatstaf van Landis & Koch.

Conclusie: Uit het onderzoek blijkt dat de maximale score op de USER niet behaald hoeft te worden voordat patiënten naar huis kunnen gaan. Uit het onderzoek is tevens gebleken dat de USER op de onderzochte domeinen een lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft. Het nieuwere meetinstrument kan een completer beeld schetsen van het functioneren van patiënten binnen de GRZ. Het overstappen op een nieuw meetinstrument vergt tijd en voorbereiding. Wanneer genoeg aandacht wordt besteed aan het introduceren van de USER en aan het doornemen van het meetprotocol is het meetinstrument mogelijk een geschikte vervanger van de BI.

Abstract

Keywords: Inter-rater reliability, USER, geriatrics, rehabilitation

Introduction: Problems in physical functioning are a common result after sickness or a hospital stay. Especially in elderly this often leads to temporary problems in functioning causing problems with self-care. Geriatric Rehabilitation is a welcome solution. The Barthel Index (BI) is commonly used to keep track of the progress in functioning of the Geriatric patient. A new instrument with far-reaching features that is currently on the rise is the Utrechtse Scale for Evaluation and Rehabilitation (USER). The validity of the USER is known to be good but the inter-rater reliability of the USER has not been researched yet. In this practical research the inter-rater reliability will be researched within the Geriatric Rehabilitation Care (GRC). This research will also assess the mean USER-score and mean admission time. The USER could possibly be a good replacement for the BI.

Method: The aim of this study is to assess the inter-rater reliability of the USER domains mobility and cognition within the Geriatric Rehabilitation Care. Therefore, within each patient the USER was filled in independently by two assessors. The assessors were physical therapists that worked at the Geriatric Rehabilitation Centre the Boshof. The following inclusion criteria were used for the patients: age >60, admission of >1 week and good communicative and cognitive abilities (assessed by the assessors). The remaining four out of six domains were not suitable for the discipline physical therapy or for this reliability research. Collected data has been described and tested with the statistical program SPSS. Intra Class Correlation (ICC) has been used to test the inter-rater reliability.

Results: A total of 13 patients and 11 physical therapists as assessors were included. The average USER score at time of dismissal was 63/85 in patients with heart/lung disease and 71/85 in patients who received joint replacement surgery. The USER score for patients with fractures could not be assessed. The average admission time was 16 days in patients with heart/lung disease, 33 days in patients with fractures and 23 days in patients with joint replacements. The inter-rater reliability of the USER-domain mobility is low (ICC 0,148) and for the domain cognition this is moderate (ICC 0,220). The degree of agreement was measured with the measurement by Landis & Koch.

Conclusion: In conclusion this research has shown that patients don't have to achieve the maximum score on the USER before returning home. This research shows that the inter-rater reliability of the two domains of the USER is low. This is possibly due to inexperience of the assessors since the instrument is relatively new. This new measuring instrument can present a complete view in the functioning of patients who stay in the GRC. However, the introduction of a new measuring instrument takes time and preparation. When enough time is spent introducing the USER and studying the protocol, the USER potentially is a good candidate to replace the BI.

Inleiding

In 1900 was slechts 6% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder. In 2017 was dit 18% en de komende decennia zal dit percentage naar verwachting stijgen tot 26% in 2060. De bevolkingsomvang van Nederland is in 70 jaar tijd met ruim zeven miljoen mensen gestegen ("Bevolkingspiramide," 2019). Ook wordt de bevolking ouder. In diezelfde tijd is de gemiddelde leeftijd van overlijden van mannen en vrouwen gestegen van 60 naar 80 jaar ("CBS StatLine - Overledenen; kerncijfers," 2019). Dit betekent dat de grote groep mensen die sinds 1950 is geboren sinds een aantal jaar de pensioenleeftijd bereikt. Van de 65-plussers had in 2016 49.6% één of meer langdurige aandoeningen (zoals diabetes, hart- en vaatziekten of artrose) en gaf 50.4% van de ouderen aan dat zij zich beperkt voelen door hun gezondheid (Centraal Bureau Statistiek, 2018). De meest voorkomende problemen waarmee ouderen te maken krijgen als gevolg van ouderdom en chronische aandoeningen zijn eenzaamheid en functioneringsproblemen (mobiliteits- en zelfzorgproblemen). Dit maakt het langer zelfstandig thuis wonen voor ouderen moeilijker (PBL, 2019).

Vanaf de tweede wereldoorlog groeide het woningtekort en wilden ouderen ruimte vrijmaken voor de jongeren. Ook werd het minder vanzelfsprekend dat de jongeren voor hun ouders gingen zorgen. In 1965 opende het eerste moderne bejaardentehuis. Elke bewoner van Nederland kon aanspraak maken op een verzorgingsarrangement volgens behoefte. In 1975 werd bepaald dat slechts 7% van de ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis mocht worden opgenomen. Het ouderenbeleid veranderde van generiek naar specifiek (Van Twist et al., 2016). Ouderen werden weer gestimuleerd om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Met het stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid wordt voorkomen dat de behoeften van ouderen te snel worden gemedicaliseerd. Op die manier worden de condities versterkt om ouderen in hun specifieke situatie langer vitaal te laten blijven en hun kwetsbaarheid uit te stellen (Maat, v.d. et al, 2017).

Wanneer ouderen te maken krijgen met gezondheidsproblemen of een ongeval kan het zijn dat ze zich tijdelijk niet meer kunnen redden thuis. Dan vallen ze onder het specifieke ouderenbeleid en kunnen ze in een zorginstelling of revalidatiecentrum de zorg krijgen die ze nodig hebben met als hoofddoel het terugkeren naar huis. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is hier een voorbeeld van. Het in kaart brengen van factoren die invloed hebben op het herstel is essentieel. Uit onderzoek blijken de volgende factoren invloed te hebben op de lengte van een revalidatieperiode; jongere leeftijd, culturele achtergrond, gehuwd, betere functionele en cognitieve status en de afwezigheid van depressie (Everink & Van Haastregt, 2016). Uit onderzoek is tevens gebleken dat mobiliteit een belangrijke voorspellende factor is om thuis te kunnen wonen na een periode van GRZ (Kool & Oesch, 2017). Onderzoek naar en het trainen van de mobiliteit door ergo- en fysiotherapeuten zijn om deze reden belangrijke pijlers binnen de revalidatie.

Een meetinstrument wat de vooruitgang in functioneren meetbaar maakt kan van toegevoegde waarde zijn gedurende het revalidatietraject. Echter is alleen het resultaat van een meetinstrument niet doorslaggevend voor ontslag naar huis. De wensen en persoonlijke doelen van de patiënt en naaste familie staan voorop.

Een veelgebruikt meetinstrument binnen de GRZ is de Barthel Index (BI). De BI bestaat uit 10 handelingen die door de patiënt worden uitgevoerd en die door een zorgprofessional worden gescoord. Een belangrijk voordeel van de BI is dat er veel ervaring mee is. Het meetinstrument is

goed geïntegreerd waardoor elke betrokken zorgprofessional in één oogopslag kan zien waar een patiënt nog kan verbeteren en hoeveel tijd nog nodig is tot ontslag. Een ander voordeel is dat de BI in relatief korte tijd (2-5 minuten) kan worden ingevuld.

Een belangrijk nadeel van de BI is dat deze niet specifiek is ontwikkeld voor de GRZ. Een recent onderzoek liet zien dat de validiteit en de betrouwbaarheid van de BI voldoende zijn (Van de Port et al., 2007). Echter was bij dit onderzoek sprake van een plafondeffect. Dit betekent dat frequent de maximale score wordt behaald hoewel de prestaties van patiënten met deze score onderling zeer verschillend zijn. Dit heeft een negatieve invloed op de interpreteerbaarheid en responsiviteit. Patiënten met een geringe maar verschillende mate van beperking kunnen niet van elkaar worden onderscheiden. Ook de functionele verbetering van de individuele patiënt is niet precies genoeg te meten doordat dit buiten het bereik van de schaal ligt (R.de Haan & M.Limburg, 1993). Daarnaast is nooit onderzocht of de BI alle aspecten van functioneren meet die door de professional en revalidant belangrijk geacht worden binnen de geriatrische revalidatie, de BI bestaat slechts uit 10 algemene handelingen. Door deze belangrijke nadelen van de BI is er behoefte aan een uitgebreider meetinstrument om het functioneren van de revalidant in de geriatrische revalidatiezorg in kaart te brengen.

Een meetinstrument dat hiervoor in aanmerking zou kunnen komen is de Utrechtse Schaal voor Evaluatie en Revalidatie (USER) (Van Stuijvenberg, 2018). De USER is in 2005 door een vakgroep van de Hoogstraat Revalidatie in Utrecht ontwikkeld. Het meet, naast het fysiek functioneren, ook het cognitief functioneren en klachten als pijn, vermoeidheid en stemming. Het is een meetinstrument wat multidisciplinair kan worden ingezet en speciaal is ontworpen voor de GRZ. De USER is door de ontwikkelaars in een onderzoek van Port et al. (2007) vergeleken met drie andere generieke meetinstrumenten welke geschikt zouden kunnen zijn om het effect van revalidatie op activiteitsniveau te meten: de Barthel Index, Functional Independence Measure (FIM) en de MOS Short Form 36 (SF-36). In dit onderzoek is een gematigde tot sterke correlatie gevonden tussen de overeenkomende domeinen van de USER en de drie bovengenoemde meetinstrumenten. Hieruit is geconcludeerd dat de USER een valide meetinstrument is. De betrouwbaarheid van de USER wordt in dit onderzoek door middel van toegepast betrouwbaarheidsonderzoek bepaald binnen het desbetreffende revalidatiecentrum. De fysiotherapeuten binnen het revalidatiecentrum hebben geen ervaring met de USER.

Het desbetreffende revalidatiecentrum heeft momenteel de BI in gebruik. Bij aanvang van het multidisciplinair overleg (MDO) wordt de Barthelscore genoemd en kan vervolgens elke discipline haar bevindingen over de patiënt uitspreken. Cognitie en ervaringen van patiënten worden meegenomen in het gesprek maar komen niet voort uit de BI. Zoals genoemd wordt in het onderzoek van Everink et al. (2016) is zowel de functionele als cognitieve status bepalend voor de ontslagdatum. Gezien het feit dat de USER een uitgebreider beeld schetst van de patiënt inclusief de cognitie, stijgt de interesse voor dit meetinstrument.

Het desbetreffende revalidatiecentrum vraagt als opdrachtgever specifiek om betrouwbaarheidsonderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER. De definitie hiervan is de mate van overeenstemming tussen onderzoekers over de onderzoeksresultaten. Meerdere beoordelaars gebruiken hetzelfde instrument om dezelfde situatie te beoordelen. Als dat

dezelfde uitkomsten oplevert, kan worden aangenomen dat persoonlijke kenmerken geen invloed hebben op het gebruik van het instrument. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is dan hoog.

Aan de hand van dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de USER bij patiënten binnen de GRZ? Daarnaast wil de opdrachtgever weten of op basis van de USER-score een duidelijke inschatting kan worden gemaakt van de ontslagdatum. Omdat de USER nog niet wordt ingezet binnen deze GRZ is het niet mogelijk al antwoord te geven op deze vraag. Wel kan worden onderzocht wat de gemiddelde opnameduur van patiënten is en wat de gemiddelde USER-score is bij ontslag. Doordat de opnameduur per patiënt sterk kan verschillen per reden van opname is gekozen om onderscheid gemaakt tussen drie categorieën: hart/long aandoeningen, fractures en gewricht vervangende operaties.

Aan de hand van de onderzoeksresultaten wordt een aanbeveling gegeven voor het in gebruik nemen van de USER. Het desbetreffende revalidatiecentrum kan beslissen of de USER de BI zou kunnen vervangen.

Methode

Onderzoek ontwerp

Er werd een toegepast betrouwbaarheidsonderzoek gedaan naar twee van de zes domeinen van de USER: mobiliteit en cognitie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de gemiddelde USER-score bij ontslag en de gemiddelde opnameduur werd afgeleid en berekend aan de hand van de verzamelde data. De verzamelde data bestaat uit ingevulde USER-formulieren en uit aanvullende gegevens van de patiënt: geslacht, aantal opnamedagen en opnamediagnose. Voorafgaand aan het onderzoek werd het protocol medische ethische toetsing doorlopen. Zie bijlage 1 voor het stroomdiagram.

Het meetinstrument

De USER is een in 2006 ontworpen scorelijst die bestaat uit 30 items onderverdeeld in zes verschillende domeinen: mobiliteit, zelfverzorging, cognitie, pijn, vermoeidheid en stemming. Voor de items onder de domeinen mobiliteit, zelfverzorging en cognitie kan een score van 0 tot 5 worden behaald waarbij een hogere score overeenkomt met een hogere mate van zelfstandigheid. Voor deze domeinen is een maximum van 85 punten te behalen. Deze domeinen worden gescoord door een zorgprofessional binnen de GRZ. De items die vallen onder de domeinen pijn, vermoeidheid en stemming worden door de revalidant zelf ingevuld met een waarde tussen 0 en 100 waarbij een maximum van 600 punten te behalen is. Een hogere score komt overeen met een grotere mate van onaangenaamheid. De domeinen die in dit onderzoek werden onderzocht zijn: mobiliteit en cognitief functioneren. Deze twee domeinen bestaan samen uit 17 items.

Proefpersonen

Alle geriatrische revalidatie patiënten binnen het desbetreffende revalidatiecentrum kwamen in aanmerking om te participeren in het onderzoek. Proefpersonen werden uitgesloten wanneer zij naar inschatting van de therapeut communicatief en/of cognitief niet sterk genoeg waren bevonden om de USER door te nemen of binnen één week na opname met ontslag gingen. De proefpersonen verbleven binnen het geriatrisch revalidatiecentrum de Boshof in Assen.

Tabel 1 In- en exclusiecriteria proefpersonen

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Patiënt binnen GRZ de Boshof	Ontslag binnen 1 week na opname
Opnameduur langer dan 1 week	Communicatief en/of cognitief niet sterk bevonden
Communicatief en/of cognitief sterk bevonden	
Patiënten met een leeftijd van boven de 65 jaar	

Beoordelaars

Fysiotherapeuten die werkzaam zijn in het desbetreffende geriatrie revalidatiecentrum werden geïnccludeerd. Zij hoefden geen ervaring te hebben met de USER. Met de planner van het revalidatiecentrum is vooraf overlegd hoe het therapieooster eruit kwam te zien wanneer de USER moest worden afgenomen bij een geïnccludeerde patiënt. De beoordelaars ontvingen een e-mail met het meetinstrument, het scoreformulier en uitleg over de opzet van het onderzoek.

Tabel 2 In- en exclusiecriteria beoordelaars

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Fysiotherapeut binnen GRZ de Boshof	

Meetprotocol (procedure)

De USER werd voor de domeinen mobiliteit en cognitie volgens het protocol afgenomen, zie bijlage 2. Middels het stroomdiagram in bijlage 3 werden de punten voor mobiliteit toegekend aan de items. Wanneer de activiteit met hulp van een zorgprofessional werd uitgevoerd werd 0 (meer dan 50% hulp) of 1 (minder dan 50% hulp) punten toegekend. Voert de patiënt de activiteit uit zonder hulp maar heeft de patiënt er moeite mee? Dan werden 2 (met hulpmiddel of aangepaste omgeving) of 3 (zonder hulpmiddel) punten toegekend. Als de activiteit zowel zelfstandig als zonder moeite werden uitgevoerd werden 4 (met hulpmiddel of aangepaste omgeving) of 5 (zonder hulpmiddel) punten toegekend. De scores voor de items van het domein cognitie hadden elk een eigen manier van interpretatie. Er werd dan ook per item beschreven hoe de scores moesten worden toegekend. Zie bijlage 4.

Data-analyse

Beschrijvende statistiek

De data uit dit onderzoek bestaat uit twee ingevulde USER-formulieren per patiënt. De ingevulde USER's werden na afname gecontroleerd op volledigheid en er werd aanvullende informatie over de patiënt genoteerd: geslacht, aantal opnamedagen en opnamediagnose. Het geslacht bestond uit man of vrouw, de opnameperiode in aantal dagen en de opname diagnoses werden onderverdeeld in de drie meest voorkomende categorieën: hart/long aandoeningen, fracturen en gewricht vervangende operaties.

Toetsende statistiek

De gemiddelde USER-score bij ontslag en de gemiddelde opnameperiode werd aan de hand van de verzamelde data in Excel berekend. De gemiddelden werden per categorie (hart/long aandoeningen, fracturen, gewricht vervangende operaties) berekend.

De data uit de USER bestaat bij het domein mobiliteit uit getallen op rationiveau van 0-35 en bij het domein cognitie uit getallen op rationiveau van 0-50. De data van de domeinen mobiliteit en cognitie werden gedurende het onderzoek bijgehouden in Excel. De data werd vanuit Excel overgezet naar het statistiekprogramma SPSS-versie 26.0. De gegevens in dit onderzoek zijn op rationiveau en zijn verzameld door twee beoordelaars, daarom is gekozen voor de Intra Class Correlation (ICC). De ICC wordt gebruikt om zowel een schatting voor de intra- als interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen maken (Landers, 2015). In deze statistische analyse wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend.

SPSS-versie 26.0 bevat de extensie voor de ICC. Daarbij kan worden gekozen tussen drie verschillende modellen: two-way mixed, one-way random en two-way random. Er is gekozen voor het model two-way mixed. De definitie van dit model is: elk proefpersoon wordt door beide beoordelaars beoordeeld, de beoordelaars zijn geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek en zijn dus niet random gekozen. De betrouwbaarheid wordt berekend aan de hand van één meting per beoordelaar, niet aan de hand van gemiddelde van meerdere metingen.

De mate van overeenkomst, aangegeven door de ICC en uitgedrukt in een getal tussen -1 en 1, werd beoordeeld aan de hand van de volgende maatstaf: <0.00 slechte overeenkomst, 0.01 – 0.20 geringe overeenkomst, 0.21 – 0.40 matige overeenkomst, 0.41 – 0.60 redelijke overeenkomst, 0.61 – 0.80 voldoende tot goede overeenkomst en 0.81 – 1.00 bijna perfecte overeenkomst (Landis & Koch, 1977)

Resultaten

Gemiddelde USER-score en gemiddelde opnameduur per opnamecategorie

De USER's werden afgenomen binnen de periode 27 maart 2019 tot en met 9 mei 2019. Er werden een aantal persoonlijke gegevens van de patiënt genoteerd als geslacht, opnamecategorie en aantal opnamedagen. Zie tabel 3. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 78±15 jaar.

Tabel 3 Kenmerken proefpersonen: geslacht, opname diagnose, aantal opnamedagen.

Patiënt	Geslacht M/V	Opnamecategorie	Aantal opnamedagen
P1	V	Hart/long aandoening	23
P2	V	Gewricht vervangende operatie	52
P3	V	Hart/long aandoening	10
P4	M	Hart/long aandoening	11
P5	V	N.B.	89
P6	V	Hart/long aandoening	21
P7	V	Gewricht vervangende operatie	N.B.
P8	V	Gewricht vervangende operatie	10
P9	M	Gewricht vervangende operatie	11
P10	V	Gewricht vervangende operatie	22
P11	M	Fractuur	29
P12	V	Fractuur	37
P13	M	N.B.	17

N.B. = niet bekend

Van 11 van de 13 patiënten waren de data en persoonlijke gegevens volledig aanwezig. Van twee patiënten miste een ingevuld USER-formulier en dus de data van de domeinen mobiliteit en cognitie. De categorie hart/long aandoeningen bevatte vier patiënten en omvatte de aandoeningen decompensatio cordis, pneumonie, atriumfibrilleren, respiratoire insufficiëntie en exacerbatie COPD. De categorie fracturen bevatte twee patiënten en omvat enkel een os pubis fractuur. De categorie gewricht vervangende operatie bevatte vijf patiënten en bestond uit een kop-hals prothese van de heup of totale knieprothese waarbij volledige belasting van de prothese mogelijk was. Zie tabel 4.

Tabel 4 Aandoeningen en aantal patiënten per opname diagnose (n=13)

Opnamediagnose	Aandoening	Aantal patiënten
Hart/long aandoeningen	Decompensatio cordis, pneumonie, atriumfibrilleren, respiratoire insufficiëntie, exacerbatie COPD	4
Fractuur	Os pubis fractuur	2
Gewricht vervangende operatie	Kop hals prothese heup, totale knieprothese	5

De gemiddelde opname duur per categorie was aan de hand de 11 patiënten te berekenen. Zie tabel 5.

Tabel 5 Opnameduur weergegeven in aantal dagen per opname diagnose (n=11)

Opnamediagnose	Patiënt	Dagen
Hart/long aandoeningen	P1	23
	P3	10
	P4	11
	P6	21
		<i>Gemiddelde = 16</i>
Fracturen	P12	37
	P11	29
		<i>Gemiddelde = 33</i>
Gewrichts- vervangende operatie	P2	52
	P7	N.B.
	P8	10
	P9	11
	P10	22
		<i>Gemiddelde = 23</i>

N.B. = niet bekend

Tabel 6 geeft de USER-scores per patiënt weer.

Tabel 6 USER-score per domein gescoord door FT1 en FT2

Patiënt	USER-score			
	Mobiliteit FT1 0-5	Mobiliteit FT2 0-5	Cognitie FT1 0-5	Cognitie FT2 0-5
1	19	13	50	50
2	32	34	50	50
3	23	19	50	50
4	18	12	49	47
5	13	25	40	46
6	13	19	27	48
7	19	21	50	50
8	25	11	50	43
9	22	30	50	50
10	23	21	50	50
11	12	31	50	46
12	30	N.B.	49	N.B.
13	23	N.B.	48	N.B.

N.B. = niet bekend

Het bepalen van de gemiddelde USER- score bij ontslag per categorie was aan de hand van 11 patiënten te berekenen. Zie tabel 7.

Tabel 7 Gemiddelde USER-score bij ontslag per opnamediagnose

Opnamediagnose	USER-domein	Gemiddelde FT1 en FT2
Hart/long aandoeningen	Mobiliteit	17
	Cognitie	46
Fracturen	Mobiliteit	N.B.
	Cognitie	N.B.
Gewrichts- vervangende operatie	Mobiliteit	22
	Cognitie	49

N.B. = niet bekend.

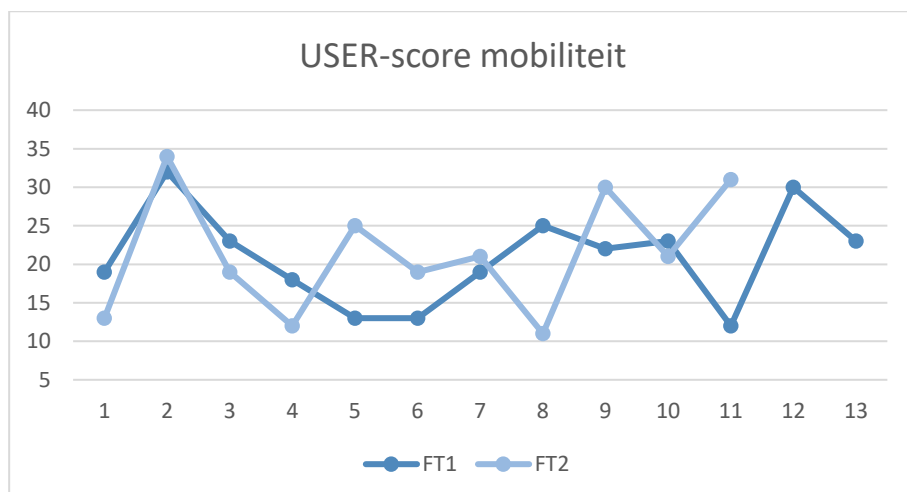
Gemiddelden afgerond op hele getallen.

In tabel 8 is te zien dat de scores tussen fysiotherapeut 1 (FT1) en fysiotherapeut 2 (FT2) bij het domein mobiliteit nooit identiek zijn. Bij drie patiënten verschilt de score ≤ 5 punten, bij vijf patiënten verschilt de score 6-9 punten en bij drie patiënten verschilt de score ≥ 10 punten. De scores van het domein cognitie zijn bij zes patiënten gelijk. Bij twee patiënten verschillen de scores ≤ 5 punten, bij twee patiënten verschillen de scores tussen de 6-9 punten en bij één patiënt verschilt de score ≥ 10 punten.

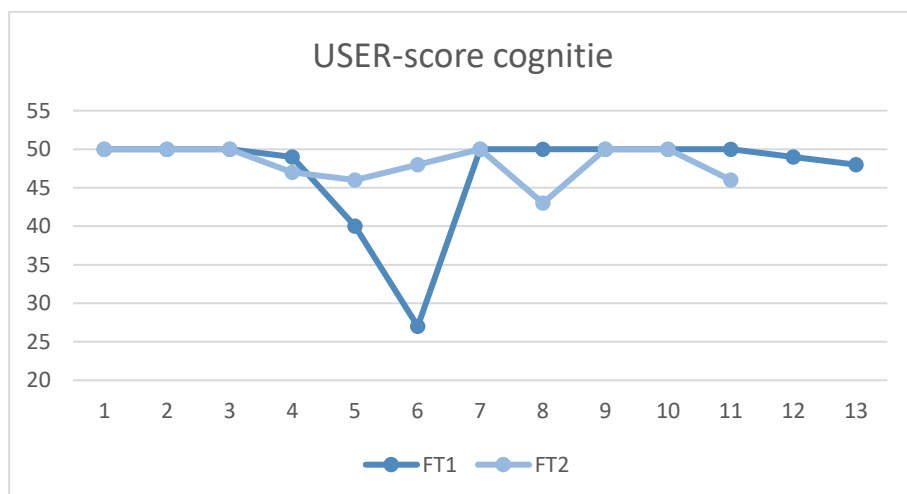
Tabel 8 Overzicht verschil in USER-score tussen FT1 en FT2 in aantal patiënten

Domein	Punten verschil	Aantal patiënten
Mobiliteit	0	0
	≤ 5	3
	6-9	5
	≥ 10	3
Cognitie	0	6
	≤ 5	2
	6-9	2
	≥ 10	1

Zie grafiek 1 en 2 voor een duidelijk beeld van de verschillen tussen de USER-scores van FT1 en FT2.



Grafiek 1 USER-score mobiliteit door FT1 en FT2



Grafiek 2 USER-score cognitie door FT1 en FT2

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid USER-onderdelen mobiliteit en cognitie

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt weergegeven als ICC en wordt geïnterpreteerd aan de hand van de maatstaf van Landis en Koch (1977). De ICC van het domein mobiliteit is 0,148, dit is een geringe overeenkomst. Het domein cognitie heeft een ICC van 0,220, dit is een matige overeenkomst.

Tabel 9 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid USER (n=11)

Domein	ICC	Mate van overeenkomst: slecht/gering/matig/redelijk/ voldoende/bijna perfect
USER Mobiliteit	0,148	Geringe overeenkomst
USER Cognitie	0,220	Matige overeenkomst

ICC = intra class correlation

Discussie

Gemiddelde USER-score bij ontslag

Voorafgaand aan het onderzoek werd verwacht dat patiënten bij ontslag geen maximale score behalen op de USER. De USER scoort wat patiënten daadwerkelijk doen. Als iemand in het dagelijks leven bijvoorbeeld niet hoeft trap te lopen, rolstoel te rijden of lange afstanden te lopen dan valt de maximale score die de patiënt individueel kan halen lager uit. Gezien de resultaten uit dit onderzoek voldeed dit aan de verwachtingen. Er waren geen verwachtingen betreft de gemiddelde score die werd behaald. Voor twee van de drie categorieën kon de gemiddelde USER-score worden berekend. De USER-score voor de categorie hart/longaandoeningen lag 22 punten onder het maximaal aantal behaalbare punten van 85. Het gemiddelde aantal punten voor de categorie gewricht vervangende operaties lag 12 punten onder het maximale. Hieruit kan worden afgeleid dat patiënten na een gewricht vervangende operatie een hogere mate van zelfstandigheid hebben dan patiënten met hart/longaandoeningen. Ook kan worden afgeleid dat patiënten met hart/longaandoeningen een lagere mate van zelfstandigheid nodig hebben dan patiënten na een gewicht vervangende operatie om thuis weer te kunnen functioneren. Hart/longaandoeningen hebben frequent progressieve ziektebeelden, wanneer patiënten komen revalideren na een exacerbatie ligt hun functionele capaciteit lager dan voorheen. Over de gemiddelde USER-score van patiënten met fracturen is niks te zeggen. De gemiddelde USER-score bij ontslag is niet bekend omdat er enkel USER-scores van één beoordelaar zijn verzameld.

Patiënten waarbij het functioneren wordt beoordeeld aan de hand van de Barthel Index behalen vaak de maximale score. Echter is hierbij sprake van een plafondeffect (Van de Port et al., 2007). Dit betekent dat frequent de maximale score wordt behaald hoewel de prestaties van patiënten met deze score onderling zeer verschillend zijn. Patiënten met een geringe maar verschillende mate van beperking kunnen niet van elkaar worden onderscheiden. Ook de functionele verbetering van de individuele patiënt is niet precies genoeg te meten doordat dit buiten het bereik van de schaal ligt.

Gemiddelde opnameduur

Als beginnende onderzoekers is het niet makkelijk een inschatting te maken voor een gemiddelde opnameduur. Hart/longaandoeningen komen vaak voor in combinatie met andere comorbiditeiten. Ook de aard van de hart/longaandoening verschilt per patiënt. Bij deze categorie is het van belang om de revalidant als een individu te bekijken. De opnameduur kan sterk verschillen per patiënt. De gemiddelde opnameduur in dit onderzoek komt neer op 16 opnamedagen. In de praktijk kan hier geen waarde aan worden gehecht.

Voorafgaand aan het onderzoek werd verwacht dat fracturen de categorie werd met de langste gemiddelde opnameduur. Dit omdat fracturen minimaal zes weken de tijd nodig hebben om te herstellen, afhankelijk van de ernst en locatie van de breuk. In dit onderzoek gaat het om het os pubis fractuur met een gemiddelde opnameduur van 33 dagen. Os pubis fracturen worden als erg pijnlijk ervaren omdat de breuk continu wordt belast tijdens het bewegen. De gemiddelde opnameduur van 33 dagen komt overeen met het onderzoek van (Taillandier et al., 2003). In dit onderzoek werd onder andere onderzoek gedaan naar het aantal opnamedagen in het ziekenhuis na een pelvis fractuur bij ouderen met een leeftijd van 65 jaar en ouder. De gemiddelde opnameperiode was 45 ± 28 dagen waarbij 50% van de patiënten herstelde tot het niveau van zelfstandigheid van voor

de fractuur en waarbij 25% van de patiënten na ontslag op zoek moest naar een nieuwe woonvorm omdat de oude woonvorm niet meer geschikt was.

De gemiddelde opnameduur na een gewricht vervangende operatie is 23 dagen. In het betreffende revalidatiecentrum waar het onderzoek werd uitgevoerd wordt een standaard aantal dagen aangehouden ter revalidatie van een gewricht vervangende operatie. Dit komt neer op 14 tot 21 dagen. Als er geen complicaties optreden tijdens de operatie en/of het revalidatietraject en als de patiënt de prothese gelijk 100% mag belasten dan zou dit een realistische opnameduur zijn. De verwachting voor dit onderzoek lag tussen de 14 en 21 dagen. Het resultaat valt gemiddeld twee dagen hoger uit.

In een onderzoek van Tal-Akabi et al. (2013) werd onderzocht wat de gemiddelde opnameduur in revalidatie was na een gewricht vervangende operatie bij patiënten met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar. Tevens werd onderzocht welke factoren van invloed zijn op de opnameduur. De gemiddelde opnameduur is 19.8 ± 7.6 dagen. Factoren van invloed op de opnameduur zijn: geslacht (vrouw>man), revisie operatie, preoperatieve begeleiding, leeftijd, belasting restrictie (niet 100% mogen belasten), hemoglobine niveau bij opname, complicaties na operatie en aantal dagen ziekenhuisopname voor opname in revalidatie. Deze gemiddelde opnameduur van 23 dagen komt overeen met de verwachtingen die voorafgaand aan het onderzoek zijn gevormd.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou in de praktijk op dit moment betekenen dat er weinig waarde kan worden gehecht aan de USER-scores die worden toegekend aan patiënten. Dit was voorafgaand aan het onderzoek te verwachten. De beoordelaars hebben geen ervaring met de USER. Tijdens het onderzoek lieten de beoordelaars weten dat ze het soms lastig vonden om het domein cognitie in te vullen. Dit was voornamelijk het geval als patiënten cognitief minder functioneerden, dan moet de criteria in de handleiding goed worden bekeken om de goede score toe te kennen. Als de beoordelaar de patiënt dan ook niet goed kent maakt dat het nog lastiger. Wanneer een patiënt naar inschatting dichtbij de maximale score zit is de verleiding groot om deze score toe te kennen ongeacht of ze toch lager zouden scoren op een aantal items. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de hoger interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het domein cognitie ten opzichte van het domein mobiliteit.

Het scoresysteem van het domein mobiliteit verschilt met dat van het domein cognitie. Het domein mobiliteit is te scoren aan de hand van een stroomdiagram, het domein cognitie heeft voor elk item een aparte uitleg in de handleiding. Door de handleiding van tevoren goed door te lezen of door die tijdens het afnemen naast het scoreformulier te houden kan het domein cognitie makkelijker te scoren zijn. Het scoren van het domein mobiliteit vergt meer inschattingsvermogen omdat dit enkel aan de hand van een stroomdiagram gebeurt. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn voor de resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Dit onderzoek draagt bij aan de praktijk doordat de resultaten het belang van ervaring met een meetinstrument duidelijk maken. Daarmee wordt ook duidelijk dat het overstappen op een nieuw meetinstrument veel voorbereiding vergt. Aan de hand van dit onderzoek is geconcludeerd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laag is, echter wil dat niet zeggen dat de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid ook laag is. Dit is de overeenkomst tussen de uitkomsten van

dezelfde metingen, uitgevoerd door dezelfde beoordelaar. Wanneer de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid hoog is zou dat voor het in gebruik nemen van de USER betekenen dat er aandacht moet worden besteed aan het afstemmen van interpretaties van beoordelaars. Wanneer beide beoordelaars verschillende scores toekennen aan dezelfde patiënt maar dit consistent bij meerdere metingen doen kan dit komen door een verschil in interpretatie van scores. Door hier met de beoordelaars over te discussiëren kan dit leiden tot een hogere mate van overeenkomst tussen de scores van de verschillende beoordelaars.

Beschouwing methode

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de USER-scores sterk kunnen verschillen tussen de twee beoordelaars. Het grote verschil kan komen door onduidelijkheid over het scoren van bepaalde items van de USER. Bij de start van het onderzoek was het voor de beoordelaars niet duidelijk welke score werd toegekend aan items die de patiënt in het dagelijks leven niet hoeft uit te voeren. De beoordelaars zijn het invullen van de BI gewend. De BI heeft een extra optie voor items als traplopen waarbij de maximale score wordt toegekend als patiënten deze vaardigheid niet hoeven te bezitten om weer naar huis te kunnen. Het toekennen van de minimale score kan een vertekend beeld geven van de totaalscore van de BI. Een sterk punt van het onderzoek is dat de onduidelijkheid vroeg in het onderzoek opgehelderd is en kon het onderzoek verder gaan met de juiste methode. Er is contact gezocht met de ontwerpers van de USER voor duidelijkheid over deze kwestie (Van Stuijvenberg, 2018). Zij schetsten aan de hand van een voorbeeld hoe de USER ingevuld moet worden en hoe de USER een rol kan spelen tijdens het MDO, zie hiervoor bijlage 5. De individuele doelen van de patiënt moet de leidraad zijn voor de revalidatie, niet de totaalscores van het meetinstrument. Het gaat er om wat de patiënt daadwerkelijk doet en niet wat de patiënt naar eigen zeggen of naar inschatting zou kunnen. Als iemand niet hoeft trap te lopen wordt daar de minimale score aan toegekend, dit wordt dan ook geen doel in de revalidatie. Het is mogelijk dat de beoordelaars dit op verschillende manieren een eigen invulling hebben gegeven.

Een ander sterk punt van het onderzoek is dat er vanaf het begin van het onderzoek de aanvullende informatie over de patiënten betreft het geslacht, de opname diagnose en het aantal opnamedagen is bijgehouden in Excel. Een minder sterk punt is dat een aantal gegevens niet bekend zijn. Het dossier van een aantal patiënten was een aantal dagen na ontslag niet meer terug te vinden waardoor tweemaal de opnamediagnose mist en eenmaal het aantal opnamedagen. Er kan aan de hand van dit onderzoek niet worden geconcludeerd dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de hele USER gering of matig is. Bij het beschouwen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid moet rekening worden gehouden met het feit dat de domeinen zelfverzorging, pijn, vermoeidheid en stemming niet zijn meegenomen in dit onderzoek, dit is tevens een minder sterk punt van het onderzoek. Hier is voor gekozen vanwege de beschikbare disciplines om deel te nemen aan het onderzoek. De beoordelaars in dit onderzoek zijn fysiotherapeuten. Het domein zelfverzorging is geschikter voor het verpleegkundig vakgebied omdat zij in het betreffende revalidatiecentrum ervaring hebben met het afnemen van de Barthel Index. Vanwege het excluderen van het domein zelfverzorging is niet onderzocht wat de totaalscore van de USER is bij ontslag. De domeinen pijn, vermoeidheid en stemming zijn niet meegenomen in dit onderzoek omdat patiënten deze vragen zelf scoren. Deze items worden niet gescoord door een beoordelaar en zijn dus niet geschikt voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Voor het goed kunnen invullen van de USER is het van belang dat de beoordelaars het gevoel hebben dat ze de patiënten redelijk kennen. Dit maakt het kunnen inschatten van scores makkelijker. Een sterk punt van dit onderzoek is dat in overleg onder andere is besloten welke twee beoordelaars de USER afnamen bij de patiënt. Uit een onderzoek van Chen et al. (2016) blijkt dat het hebben van klinische ervaring de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een meetinstrument verbetert. Bij de start van het onderzoek werd een mail verstuurd waarin het doel van het onderzoek werd toegelicht. De mail bevatte bijlagen betreft het meetprotocol en het USER-formulier. Wanneer bekend was welke beoordelaar de USER af ging nemen werd nogmaals het meetprotocol aangereikt en was er een mogelijkheid voor het stellen van vragen. Ook dit werd gezien als een sterk punt van het onderzoek. De USER werd tijdens het onderzoek onder dezelfde omstandigheden afgenomen. De USER werd in het desbetreffende revalidatiecentrum afgenomen waar de patiënten verbleven. De omgeving was hierdoor steeds hetzelfde. De USER werd tevens op dag twee op hetzelfde dagdeel afgenomen als dag één. Dit zorgt voor een sterke validiteit.

Beroepsmatig handelen en aanbeveling voor in de praktijk

Terugkijkend op het onderzoek en gezien de resultaten wordt geadviseerd om verder ervaring op te doen met de USER voordat deze de BI zou kunnen vervangen in de praktijk. Dit onderzoek heeft bijgedragen aan de kennis over het meetinstrument. Het resultaat van dit onderzoek is relevante informatie waar het desbetreffende revalidatiecentrum mee verder kan bij de overgang naar een nieuw meetinstrument. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de domeinen mobiliteit en cognitie zijn berekend. Vervolgonderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de gehele USER wordt aanbevolen. Ook wordt aanbevolen de USER multidisciplinair in gebruik te nemen.

Multidisciplinaire samenwerking wordt gedefinieerd als: meerdere disciplines werken samen in de zorg voor één patiënt (Njoo, 2017). Multidisciplinair is de huidige manier van zorgverlening. Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatieartsen stimuleren het gebruik van de USER en deze wordt dan ook steeds vaker binnen revalidatiecentra ingezet ("USER | Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde," 2019). De USER kan multidisciplinair worden afgenomen. In een onderzoek van Van Stuijvenberg (2018) wordt de gebruikservaringen van zorgmedewerkers en revalidanten in de GRZ in kaart gebracht. Hierbij hebben verschillende disciplines de USER afgenomen waaronder verzorgenden, verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen. Wanneer de domeinen onder verschillende disciplines worden verdeeld kunnen de zorgprofessionals de items scoren die bij hun eigen vakgebied horen. Het domein mobiliteit kan door de discipline fysiotherapie worden ingevuld, het domein zelfverzorging door de zorg. Zo is het voor elke discipline gelijk duidelijk waar aan gewerkt kan worden tijdens de revalidatie. Een MDO-format van de USER, zoals in bijlage 5 van dit onderzoek te zien is, geeft een duidelijk overzicht van de doelen, vooruitgang en aandachtspunten van de patiënt.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten na een gewricht vervangende operatie een hogere mate van zelfstandigheid hebben bij ontslag dan patiënten met hart/longaandoeningen. Anderzijds kan uit de resultaten worden afgeleid dat patiënten met hart/longaandoeningen een lagere mate van zelfstandigheid nodig hebben om thuis weer te kunnen functioneren. Uit dit onderzoek blijkt dat de maximale USER-score niet bereikt hoeft te worden om terug te kunnen keren naar huis, dit was volgens verwachting. Tevens is gebleken dat de gemiddelde opnameduur na een gewricht vervangende operatie overeenkomt met de geschatte opnameduur die in het desbetreffende revalidatiecentrum wordt aangehouden. Ten slotte is uit dit onderzoek gebleken dat de USER op het domein mobiliteit een geringe mate van overeenkomst heeft en op het domein cognitie een matige mate van overeenkomst.

Een aanbeveling voor het in gebruik nemen van de USER is om genoeg tijd te nemen om de beoordelaars voor te bereiden op een nieuw meetinstrument. Er werd ondervonden dat het doornemen van de handleiding enige tijd kost en dat de USER meerdere malen moet worden afgenomen om het scoresysteem onder de knie te krijgen. Voorop staat dat bij het in gebruik nemen van de USER voor elke discipline duidelijk is wat de doelen en de aandachtspunten van revalidatie zijn. De USER is een geschikt meetinstrument voor multidisciplinair gebruik. De domeinen van de USER kunnen worden onderverdeeld onder meerdere disciplines. De USER geeft in vergelijking met de BI een breder en completer beeld van het functioneren van de patiënt en is daardoor een interessant meetinstrument en een goede kandidaat om de BI eventueel te kunnen vervangen.

Bibliografie

Feiten en cijfers ouderen in Nederland

Retrieved February 28, 2019, from <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/themadossiers/gezond-en-vitaal-ouder-worden/feiten-en-cijfers-ouderen>

Bevolkingspiramide. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/bevolkingspiramide>

CBS StatLine - Overledenen; kerncijfers. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from <https://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37979NED&D1=28-29&D2=a&HDR=T&STB=G1&VW=T>

Chen, S., Tao, J., Tao, Q., Fang, Y., Zhou, X., Chen, H., ... Chan, C. C. H. (2016). Rater experience influences reliability and validity of the brief international classification of functioning, disability, and health core set for stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(3), 265–272. <https://doi.org/10.2340/16501977-2063>

Everink, I. H. J., Van Haastregt, J. C. M., Van Hoof, S. J. M., Schols, J. M. G. A., & Kempen, G. I. J. M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0187-4>

Kool, J., Oesch, P., & Bachmann, S. (2017). Predictors for living at home after geriatric inpatient rehabilitation: A prospective cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49(2), 185–190. <https://doi.org/10.2340/16501977-2182>

Landers, R. (2015). Computing Intraclass Correlations (ICC) as Estimates of Interrater Reliability in SPSS. *The Winnower*. <https://doi.org/10.15200/WINN.143518.81744>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). *The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data*. Source: *Biometrics* (Vol. 33). Retrieved from https://dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis_jr_koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf

Njoo, K. H. (2017). *Multidisciplinair samen-werken tussen huisarts en zorgverleners buiten de praktijk en het H-EPD*. Retrieved from https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/multidisciplinair_h-epd_6_04_2017_web.pdf

R.de Haan, M.Limburg, J.Schuiling, J. J. en P. van Z. (1993). Klinische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 138, 917–921. Retrieved from <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1993109170001a.pdf>

Taillandier, J., Langue, F., Alemanni, M., & Taillandier-Heriché, E. (2003). Mortality and functional outcomes of pelvic insufficiency fractures in older patients. [https://doi.org/10.1016/S1297-319X\(03\)00015-0](https://doi.org/10.1016/S1297-319X(03)00015-0)

Tal-Akabi, A., Schmid, S., & Taeymans, J. (2013). Determinants of inpatient rehabilitation length of stay and discharge modality after hip and knee replacement surgery in Switzerland - a retrospective observational study. *Swiss Medical Weekly*, 143(August), 1–8. <https://doi.org/10.4414/smww.2013.13832>

USER | Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde. (n.d.). Retrieved May 25, 2019, from <https://www.kcrutrecht.nl/producten/user/>

van de Maat, J. W., Klück, I., & Wijnen, R. (2017). Langer Thuis. *Geron*, 17(2), 1–1. <https://doi.org/10.1007/s40718-015-0025-3>

Van de Port, I. G. L., Van Berlekom, B. S., Baines, R. J., Peeters, R., Sikkes, R., Raats-Bacxk, F., ... Post, M. W. M. (2007). Meten = Weten: Evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie [Measuring = Knowing: Evaluation of four measurements for rehabilitation outcomes]. *Revalidata*, 29(139), 3–7.

Van Stuijvenberg, M. (2018). *Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie in de Geriatrische revalidatie Ervaringen van zorgmedewerkers en revalidanten*. Retrieved from <http://www.verenotijdschrift.nl/om2018/december-2018/praktijk/utrechtse->

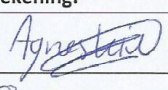
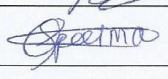
Waardigheid en trots. (n.d.). Retrieved from <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/08/Verpleeghuiszorg-2025.pdf>

Wat is de oorzaak van vergrijzing? - PBL Planbureau voor de Leefomgeving. (n.d.). Retrieved March 5, 2019, from <https://www.pbl.nl/vraag-en-antwoord/wat-is-de-oorzaak-van-vergrijzing-0>

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol ethische toetsing

Bijlage 2: Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek

Project / vak / studieonderdeel:	Afstudeeronderzoek
Docent / coach:	Bettie Oosterhoff
Onderwerp:	Validiteit en betrouwbaarheid van de Utrechtse Schaal voor Evaluatie en Klinische revalidatie (USER)
Begin- en eindtijd van het onderzoek:	Begin: 11-02-2019 Eind: 8-06-2010
Beschrijving van het onderzoek (kort maar volledig):	Icare locatie revalidatiecentrum de Boshof in Assen is de opdrachtgever voor dit scriptie onderwerp. De Boshof is een geriatrisch revalidatiecentrum waar ouderen na een operatie of tijdens ziekte kunnen herstellen. De cliënten worden voor korte duur opgenomen. Icare wil ervaring opdoen met de Utrechtse Schaal voor Evaluatie en klinische Revalidatie (USER) Het doel van dit onderzoek is om Icare een advies te geven waarmee ze kunnen beslissen of de Barthel Index wordt vervangen door de USER. Het geformuleerde advies is onderbouwd met de resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de validiteit van zowel de USER als de Barthel Index met betrekking op het inschatten van de ontslagdatum.
Naam van de student(en):	Handtekening:
Agnes Kiel	
Chanise Speelman	

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met in het kader van de opleiding fysiotherapie uit te voeren onderzoek.

Datum: 11-03-2019

	Aankruisen indien van toepassing	Beantwoord onderstaande vragen als in de vorige kolom het vakje met → is aangekruist.	Kan hier redelijkerwijs toch nog schade uit ontstaan? (kruis het juiste vakje aan)	
	A	B	C	
1 Privacy / anonimiteit			Nee	Ja
1.1 Ken je de naam van proefpersonen? Heb je adresgegevens?	Nee ↙	Ja → ☒ Hoe is de anonimiteit gegarandeerd? (Denk aan het niet opnemen van persoonlijke gegevens in een verslag, het veranderen van namen en gegevens enzovoort.) Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als naam van proefpersoon of een bedrijf of dergelijke toch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor? Namen van proefpersonen worden niet opgenomen in een verslag. Het is mogelijk dat gegevens als leeftijd, geslacht en aandoening worden opgenomen in het verslag.	X	
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersonen?	Nee ↙	Ja → ☒ Omdat het tevens een stage bedrijf is kunnen wij (Chanise Speelman en Agnes Kiel) de gegevens van proefpersonen inkijken. Dit is niet meer mogelijk nadat de stageperiode gestopt is. Wij handelen persoonlijke gegevens conform de privacy wet.	X	
1.3 Beschik je over (andere) persoonlijke gegevens?	Nee ↙	Ja → ☒ Zijn deze gegevens nodig? Waarom? (Verder als bij 1.1) Wij kunnen deze inkijken omdat wij er ook stage lopen. Zie vraag 1.1	X	
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee X ↙	Ja → Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Wie krijgen dit materiaal te zien / horen? Geven proefpersonen hier nadrukkelijk toestemming voor? (Verder als bij 1.1)	X	
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?	Nee X ↙	Ja → Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring? Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag? Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?	X	

2 Informatie en toestemming				
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	↙	Nee →	X	
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek / de	↙	Nee →	X	

interventie?	↙			X	
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is / welke belangen de opdrachtgever heeft?	X ↙	Nee →	Er wordt geen nieuwe interventie toegepast. Er wordt puur in kaart gebracht wat iemand al doet op de afdeling	X	
2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	X Ja ↙	Nee →	Waarom niet?	X	
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen / van verdere medewerking afzien?	Ja X ↙	Nee →	Waarom niet?	X	
2.6 Wordt het proefpersonen duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt? (Bijvoorbeeld om van te leren, als medewerker voor een opdrachtgever)	Ja X ↙	Nee →	Dit wordt door de fysiotherapeuten gedaan die de vragenlijsten afnemen.	X	
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten / resultaten?	Ja	Nee → ☒	Hiervoor zouden er persoonlijke gegevens zoals email of telefoonnummer verzameld moeten worden. Al er expliciet naar gevraagd wordt dan kan dit alsnog gedaan worden.	X	
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke.?	Nee X	Ja →	Waarom? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	X	
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	X Nee ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?	X	
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	X Nee ↙	Ja →	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijken? Zo nee, waarom niet?	X	
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke beoordelingen proefpersonen over de punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	Ja →		Voeg het protocol bij.		
		Nee → ☒	Waarom niet? Er wordt geen nieuwe interventie ingebracht		

3 Mogelijke schadelijke effecten					
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van	Nee	Ja →	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de	X	

Xproefpersonen?	☒		hoogte gebracht (debriefing)?		
3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of andere nadeel ondervinden? Denk hierbij <i>onder andere</i> aan bewustwording van iets onaangenaams, in verlegenheid, frustratie of stress worden gebracht, het ongewenst bekend worden van uitkomsten enzovoort.	Nee x ☒	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?	x	
3.3 Kunnen er groeperingen (denk ook aan kwetsbare groepen/ minderheden) door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee x ☒	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?	x	
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee x ☒	Ja →	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn betreffende organisaties hiervan op de hoogte?	x	
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen (door bijvoorbeeld opdrachtgever) die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee x ☒	Ja →	Welke beslissingen kunnen voor wie nadelig zijn? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Zijn andere betrokkenen hiervan op de hoogte?	x	
3.6 Kunnen uitkomsten / testuitslagen schokkend / naar zijn voor de betrokkene?	Nee x ☒	Ja →	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten/ uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?		

4. Afweging voor- en nadelen					
Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kan worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover (verbetering van de situatie van mensen,	Ja x	Nee ➔	Er zijn geen nadelen, er wordt gekeken of een nieuwe vragenlijst beter te gebruiken is binnen de setting dan de oude vragenlijst. Er wordt gekeken naar validiteit en betrouwbaarheid. Een voordeel zou kunnen zijn dat er een nauwkeuriger meetinstrument binnen de setting komt. Anders verandert er niks.	x	
onderwijs-/leerdoeleinden, verdiensten e.d.). Zijn er zulke voordelen?					

Handleiding USER

(Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie)

Voor gebruik bij volwassen patiënten in klinische revalidatie

Auteurs: M.W.M. Post, M. Willems, I.G.L. van de Port, S.H. Berdenis van Berlekom, L. Kasius de Jong

Versie 1.4 augustus 2015

Het auteursrecht voor alle documenten die betrekking hebben op de USER© berust bij De Hoogstraat Revalidatie, Rembrandtkade 10, 3583 TM, Utrecht.

Het is toegestaan om teksten of delen van teksten uit de handleiding te gebruiken, mits bronvermelding op een adequate wijze wordt toegepast. Suggesties voor verbeteringen aan de tekst van de handleiding horen wij graag.

Wijzigingen aan het meetinstrument zelf zijn niet toegestaan zonder overleg met De Hoogstraat.

Voor contact en informatie: www.dehoogstraat.nl (zoek naar USER) of user@dehoogstraat.nl

Inhoudsopgave

Algemeen.....	3
Lichamelijk functioneren	4
Mobiliteit	4
Zelfverzorging.....	5
Cognitief functioneren.....	7
Communicatie	7
Cognitie	7
Gedrag	8
Pijn, vermoeidheid en stemming	8
Pijn.....	8
Vermoeidheid	9
Stemming	9
Scores van de USER.....	9
Bijlage 1: Pictogrammen.....	10
Bijlage 2: Berekenen van een Barthel Index score uit een USER score	11
Bijlage 3: Gebruik de volgende werkafspraken als de USER gebruikt wordt voor database	13
Bijlage 4: Veel gestelde vragen	14
Literatuur.....	15

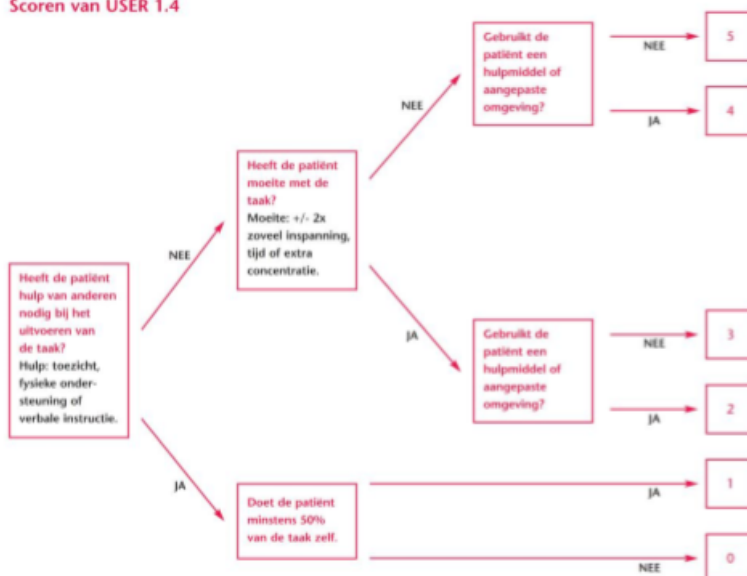
Algemeen

- De Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie, de **USER**, bestaat uit 30 items in 6 domeinen:
 - Mobiliteit
 - Zelfverzorging
 - Cognitief functioneren
 - Pijn
 - Vermoeidheid
 - Stemming
- De items binnen de domeinen mobiliteit, zelfverzorging en cognitief functioneren (totaal 24 items) worden gescoord op een schaal van 0 tot 5, gebaseerd op de hoeveelheid moeite, hulp en het gebruik van hulpmiddelen.
- De items rolstoelrijden (item 7) en incontinentie (item 13 en 14) hebben een afwijkend scoringssysteem, zie uitleg bij de betreffende vraag.
- Scoor wat iemand **daadwerkelijk doet** in het dagelijks leven op de afdeling, niet wat iemand *zou kunnen doen* of wat iemand laat zien tijdens therapieën.
- Je scoort de taak op de manier waarop deze nu wordt uitgevoerd. Dit kan betekenen dat dit een nieuwe manier voor de patiënt is (bijvoorbeeld de taak wordt nu zittend of met 1 hand uitgevoerd).
- Wanneer je twijfelt over het antwoord van de patiënt raadpleeg dan een collega. Het is bij de domeinen mobiliteit, zelfverzorging en cognitief functioneren niet de bedoeling het subjectieve idee van de patiënt te scoren, maar dat gedrag te scoren wat de patiënt daadwerkelijk op de afdeling vertoont.
- Als het niveau van functioneren van de patiënt per situatie en per tijdstip varieert of je twijfelt tussen twee scores, vermeld dan de laagste score.
- De items binnen de domeinen pijn, vermoeidheid, en stemming (items 25 t/m 30), worden gescoord op een schaal van 0 tot 100, afhankelijk van de ernst van de klacht.
- Scoor hoe de patiënt dit ervaart. Wanneer iemand dit niet kan aangeven, maak gebruik van pictogrammen of laat deze vragen open.

Gebruik onderstaand stroomschema om te zien welke score het meest passend is. Bij het scoren wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Of en hoeveel **hulp** er van een andere persoon nodig is om een taak uit te voeren.
Hulp: Dit kan **fysieke** ondersteuning zijn (hands-on), maar ook **toezicht, verbale** instructie, of **aansporing** door een ander.
- Of en hoeveel **moeite** het kost om een taak uit te voeren.
Moeite: +/- 2x zoveel **inspanning**, +/- 2x zoveel **tijd**, extra **voorzichtigheid**, of extra **concentratie**. Scoor wat je aan de patiënt ziet.
- Of een **hulpmiddel of aangepaste omgeving** nodig is om een taak uit te voeren.
Hulpmiddel/aanpassing: een hulpmiddel of aangepaste omgeving wordt gebruikt om de taak te kunnen uitvoeren.

Scoren van USER 1.4



Hieronder staat vermeld wat er met een taak wordt bedoeld en worden per vraag voorbeelden gegeven voor hulp, moeite en hulpmiddel / aanpassing. Dit is een leidraad om met de vragenlijst aan de slag te gaan. Het is onmogelijk om alle mogelijke voorbeelden op te nemen.

Lichamelijk functioneren

Mobiliteit

1. Zitten: zit gedurende 30 minuten.

NB het gaat om het zitten zelf en niet het gaan zitten of opstaan.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig (bijvoorbeeld bij onderuit glijden of willen opstaan).

Moeite: het zitten zelf kost iemand meer energie / concentratie, onderuitzakken maar zichzelf corrigeren.

Hulpmiddel: bijv. rugleuning, armleuning nodig omdat de balans afwezig of verminderd is, een aangepaste stoel, armleuningen, zitkussen.

2. Staàn: staat gedurende 5 minuten.

NB het gaat om het staan zelf en niet het gaan staan.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer energie / concentratie / voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. prothese, rekje, stok, vierpoot, kruk, rollator, muur of (bed)leuning vast moeten houden voor het evenwicht.

3. Transfer: maakt transfers van bed naar stoel, stoel naar stoel, stoel naar rolstoel en visa versa of gaan staan vanuit bed, stoel, of rolstoel.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer energie / concentratie / voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. leuning, glijplank, draaischijf, stok, rekje, vierpoot, rollator, extra handgrepen op bed, papegaai, armsteunen, prothese (wanneer iemand zonder prothese de transfer zelfstandig kan maken scoort deze niet als hulpmiddel).

4. Lopen binnenshuis: loopt minimaal 50 meter binnenshuis.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer tijd (lager tempo) / energie/ concentratie/ voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. prothese, stok, kruk, vierpoot, rollator, leuning, voetzwachtel, enkel-voet orthese.

5. Lopen langere afstanden: loopt minimaal 1 kilometer. Dit mag nagevraagd worden omdat deze taak buiten de afdeling plaatsvindt.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer tijd (lager tempo) / energie/ concentratie/ voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. prothese, stok, vierpoot, kruk, rollator, leuning, voetzwachtel, enkel-voet orthese.

6. Traplopen: gaat trap op en af, minimaal 1 verdieping (±13 treden). Dit mag nagevraagd worden als deze taak buiten de afdeling plaatsvindt.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer tijd / energie / concentratie / voorzichtigheid. Iemand moet tussendoor pauzeren of gaat achterste voren of op de billen de trap af.

Hulpmiddel: bijv. prothese, trapeuning, stok, traplift.

7. Rolstoelrijden: rijdt met de rolstoel. Wanneer de patiënt zich verplaatst zonder rolstoel de maximale score geven.

Let op! Bij deze vraag is het scoringssysteem afwijkend.

Score 5: het rijden in een handbewogen rolstoel is in alle situaties (binnen/ buiten/ afstanden meer dan 50 meter) mogelijk.

Score 3: 50 meter met een handbewogen rolstoel kunnen rijden, of als het rijden in een handbewogen rolstoel meer energie/ concentratie/ tijd kost.

Score 1: elektrische rolstoel.

Score 0: rolstoelrijden niet mogelijk zonder hulp van anderen.

Zelfverzorging

8. Eten en drinken: neemt voeding en vocht tot zich. Scoor hier ook het openmaken van de verpakking, het inschenken van drinken, smeren en snijden van brood, snijden van vlees, gebruik van bestek en het slikken.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid bij slikken), hulp of begeleiding van anderen is nodig. Aanhangen van sondevoeding valt hier ook onder.

Moeite: slik- en kauwproblemen, gemalen voedsel, moeite met snijden of met eten naar de mond brengen.

Hulpmiddel: bijv. rietje, aangepast bestek, verdikt bestek, speciale beker, noppenbord, orthese, sondevoedingpomp.

9. Persoonlijke verzorging (uiterlijke verzorging): voert de persoonlijke verzorging uit aan de wastafel. Hieronder valt het wassen van de handen en het gezicht, scheren, haren kammen, tanden (gebit) poetsen en opmaken. Daarnaast ook het zelfstandig pakken en klaarzetten van de benodigdheden.

Hulp: toezicht, aansporing, hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Moeite: het kost iemand meer energie / meer tijd / concentratie / voorzichtigheid.

Hulpmiddel: wat **niet** mee telt als hulpmiddel: het moeten zitten tijdens de handelingen en het gebruik maken van een elektrische tandenborstel of scheerapparaat. Deze tellen pas mee als hulpmiddel als een aanpassing aan de tandenborstel of het scheerapparaat nodig is.

10. Douchen/baden: wast, spoelt en droogt het gehele lichaam. Scoor het douchen/baden van 11 lichaamsdelen: arm (links, rechts), borst, buik, schaamstreek, billen, bovenbeen (links, rechts), onderbeen en voet (links, rechts). Hieronder valt ook het zelfstandig pakken en klaarzetten van de douchespullen.

Hulp: toezicht, aansporing, hulp of begeleiding van anderen is nodig.

Tel de lichaamsdelen waarbij hulp nodig is voor het wassen / afdrogen om te weten of meer of minder dan 50% hulp nodig is bij het douchen.

Moeite: het kost iemand meer energie / concentratie / voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. douchezitje, douchestoel, extra lange stok of borstel, handgrepen om aan vast te houden tijdens het douchen of afdrogen.

11. Aan-/ uitkleden: kleedt het onder- en bovenlichaam aan en uit . Scoor hier ook kleding uit de kast pakken en het aan-/ uittrekken van steunkousen of een eventuele orthese/ prothese.

Hulp: toezicht, aansporing, hulp of begeleiding van anderen is nodig.
Als er twijfel is of meer of minder dan 50% hulp nodig is, tel dan het aantal kledingstukken of trek een grens tussen boven- en onderlichaam.

Moeite: het kost iemand meer energie / meer tijd / concentratie / voorzichtigheid.

Hulpmiddel: bijv. aantrekhelp steunkousen, handy-man, verlengde schoenlepel.

12. Toiletgang/ blaas+darm lediging: ledigt de blaas en darm. Scoor het op- en afgaan van het toilet, het aan- en uitkleden, blaas en darm ledigen en het reinigen. Met de term toiletgang wordt niet specifiek gebruik van een toilet bedoeld. Gebruik van een steek of een urinaal, katheteriseren, en laxeren op bed en verzorgen van stoma vallen hier bijvoorbeeld ook onder.

Hulp: toezicht (bijvoorbeeld voor veiligheid), hulp of begeleiding van anderen is nodig.
Ook hulp bij het legen van de katheterzak, klaarzetten en schoonmaken van het benodigde materiaal, aanmoediging bij het katheteriseren en stomaverzorging als hulp scoren.

Moeite: het kost iemand meer energie / voorzichtigheid / tijd (door bijv. obstipatie of diarree)

Hulpmiddel: bijv. steek / urinaal, katheter, douche-toiletstoel, en medicatie.
Gebruik van incontinentiemateriaal zoals een luier of stomamateriaal telt **niet** mee als hulpmiddel als iemand deze zelfstandig gebruikt, omdat in deze vraag de toiletgang en niet de continentie wordt beoordeeld.

13. Continentie blaas: houdt urine op. Enkele druppels verliezen (nadruppelen) geldt in principe niet als incontinentie.

Let op: bij deze vraag is het scoringssysteem afwijkend.

Score 5: continent voor urine.

Score 4: continent met urethale / verblijfskatheter, suprapubische of condoomkatheter (uritip).
Urineren in een luier telt als incontinentie.

Score 3: minder dan 1 x per week incontinent.

Score 1: 1-7 x per week incontinent.

Score 0: meer dan 1x per dag incontinent.

14. Continentie darm: houdt ontlasting op.

Let op: bij deze vraag is het scoringssysteem afwijkend.

Score 5: continent voor ontlasting.

Score 4: continent met stoma of anaal tampon/plug. Ontlasting in een luier telt als incontinentie.

Score 3: minder dan 1x per week incontinent.

Score 1: 1-7 x per week incontinent.

Score 0: meer dan 1x per dag incontinent.

Cognitief functioneren

Communicatie

15. Zich uiten: maakt iemand anders verbaal of non-verbaal een eenvoudige boodschap duidelijk.
NB. Als iemand geen Nederlands spreekt, maar zich in zijn eigen taal goed kan uitdrukken, dan de maximale score geven.

- Hulp: hulp van een ander bij het verwoorden/ uitleggen wat iemand bedoelt / herhalen om duidelijk te krijgen wat iemand bedoelt / meeschrijven door een ander.
- Moeite: door bijv. dysartrie, afasie, woordvindingsstoornissen, zacht stemgeluid, trachea stoma, aanwijzen en gebaren gebruiken, een boodschap wel juist en zelfstandig, maar met meer moeite of in meer tijd kunnen overbrengen.
- Hulpmiddel: speciale hulpmiddelen om je te uiten: bijv. taalzakboek/gespreksboek, spraakcomputer, letteraanwijsbord, schrijven i.p.v. spreken, spreekklepje.

16. Begrijpen: begrijpt zowel verbale als non-verbale (auditief en visuele) informatie.
NB. Als iemand geen Nederlands spreekt, maar zich in zijn eigen taal goed kan uitdrukken, dan de maximale score geven.

- Hulp: (schriftelijke of) visuele ondersteuning door een ander.
- Moeite: meer tijd / concentratie nodig voor het begrijpen van informatie. Bijvoorbeeld vragen of iemand iets 2 keer wil uitleggen. Meer tijd voor het begrijpen van een krantenartikel.
- Hulpmiddel: speciale hulpmiddelen om informatie te begrijpen. Een gewone (lees)bril en gehoorapparaat tellen **niet** als hulpmiddel. Horen en zien telt pas mee in het item 'begrijpen' als er ondanks een normale bril of gehoorapparaat problemen zijn met het begrijpen en er anderszins hulpmiddelen nodig zijn.

Cognitie

17. Waarneming: neemt visueel waar. Hieronder vallen onder andere herkenning en overzicht hebben. Als er ondanks een normale bril problemen zijn met de visuele waarneming of er is nog een ander hulpmiddel nodig dan wordt dit gescoord als moeite en / of hulpmiddel.

- Hulp: door anderen geattendeerd moeten worden op zaken in de omgeving, bijv. door neglect, hemi-inattentie.
- Moeite: anopsie, diplopie, neglect, hemi-inattentie, tegen deurposten of muren aanrijden maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.
- Hulpmiddel: bijv. speciale bril, 1 brilglas afgeplakt, prisma.

18. Oriëntatie in plaats en tijd: is zich bewust van jaar, maand, dag, datum, dagdeel, plaats, omgeving etc.

- Hulp: begeleiding / hulp van derden bij het oriënteren in plaats en tijd.
- Moeite: vaak te laat komen of juist veel te vroeg, zoekende zijn naar de weg of kamer.
- Hulpmiddel: bijv. agenda, klok, telefoon (meer dan normaal gebruik ervan).

19. Aandacht en concentratie: focust de aandacht, gerichte aandacht, verdeelde aandacht, concentratie en vermoeibaarheid.

- Hulp: door anderen ondersteund moeten worden om aandacht juist te richten.
- Moeite: geen twee dingen tegelijk kunnen doen, snel afgeleid zijn.
- Hulpmiddel: aangepaste omgeving, bijvoorbeeld een rustige omgeving.

20. Geheugen: onthoudt dingen. Hieronder vallen werkgeheugen, korte- en lange termijn geheugen.
Hulp: afspraken, namen of gebeurtenissen niet kunnen herinneren, agendatraining, hulp van anderen nodig om dit te kunnen compenseren.
Moeite: afspraken, namen of gebeurtenissen met moeite of niet kunnen herinneren, maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.
Hulpmiddel: agenda, geheugensteuntjes op papier, telefoon.

21. Taakuitvoering: plant, organiseert en voert verschillende taken uit. Scoor het uitvoeren van deelhandelingen in de juiste volgorde, het tempo van handelen, zelfcontrole en corrigeren. Het op tijd en in de juiste hoeveelheid innemen van medicatie valt hier ook onder. Als iemand medicatie niet zelfstandig neemt door logistieke organisatie, dan die taak niet scoren.
Hulp: apraxie en hulp / aansporing van anderen nodig om dit te kunnen compenseren. Heeft aanwijzingen / correctie nodig van anderen om taken uit te voeren.
Moeite: apraxie, maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.
Hulpmiddel: bijv. stappenplan bij het aankleden/ douchen, medicatieverdeeldoos.

Gedrag

22. Initiatief: neemt initiatief en initieert handelingen.
Hulp: aansporing van anderen nodig om tot een bepaalde handeling te komen, apathisch.
Moeite: er lang over doen om tot een bepaalde handeling te komen.
Hulpmiddel: medicatie, gebruik van alarm/reminder/agenda om taak te gaan uitvoeren.

23. Gedragsregulatie: reguleert zijn gedrag correct en neemt omgangsvormen in acht te nemen.
Hulp: impulsief, ontremd, agressief, opstandig, afhankelijk van omgeving, moet gecorrigeerd worden door anderen vanwege ongepast gedrag.
Moeite: impulsief, ontremd, agressief, opstandig, afhankelijk van omgeving, kan met moeite zichzelf corrigeren, maar geen hulp van anderen nodig om dit gedrag te corrigeren.
Hulpmiddel: medicatie (bijv. rustgevend of gedragsregulerend).

24. Sociaal gedrag: vertoont sociaal gedrag en houdt zich aan sociale codes.
Hulp: op zichzelf gericht, isoleert zich, claimt anderen, houdt zich niet aan sociale codes en heeft aanwijzingen/ correctie nodig van anderen om sociaal te kunnen functioneren.
Moeite: op zichzelf gericht, isoleert zich, claimt anderen, houdt zich niet aan sociale codes, maar heeft geen hulp van anderen nodig om dit gedrag te corrigeren.
Hulpmiddel: medicatie (bijv. rustgevend).

Pijn, vermoeidheid en stemming

Vragen 25 t/m 30 dienen ingevuld te worden zoals de patiënt dat zelf ervaart. Wanneer iemand dit niet kan aangeven, gebruik dan de pictogrammen uit de bijlage of laat deze vragen open.
Het is de bedoeling dat de patiënt aangeeft hoe hij zich de afgelopen dagen voelde, zodat de score niet te zeer beïnvloed wordt door een incident dat net is voorgevallen.

Pijn

25. Pijn: De hoeveelheid pijn die de patiënt de afgelopen dagen ervaart. De patiënt geeft zelf de hoeveelheid pijn aan op een 0-100 schaal waarbij hij/zij moet kiezen voor een 'rond' getal (bijv 30, 60 enz).

Vermoeidheid

26. Vermoeidheid: De vermoeidheid die de patiënt de afgelopen dagen ervaart. De patiënt geeft zelf de ernst van de vermoeidheid aan op een 0-100 schaal waarbij hij/zij moet kiezen voor een 'rond' getal (bijv 30, 60 enz).

Stemming

De ernst van de stemmingsproblemen die de patiënt de afgelopen dagen ervaart. De patiënt geeft zelf de ernst van deze problemen aan op een 0-100 schaal waarbij hij/zij moet kiezen voor een 'rond' getal (bijv 30, 60 enz).

- 27. Somberheid** bijv. terneergeslagen zijn, nergens zin in hebben, in de put zitten.
28. Verdriet bijv. vanwege de situatie, dat wat de patiënt overkomen is, of vanwege iets anders dat de patiënt bezig houdt.
29. Angst bijv. voor de gezondheid, voor de toekomst, voor andere zaken.
30. Boosheid bijv. over wat patiënt overkomen is, op zichzelf of op anderen.

Scores van de USER

De vragen van de USER worden gescoord op een schaal van 0 tot 5 of een schaal van 0-100. De scores op de zes USER domeinen zijn de optelsom van de scores op de vragen in elk domein:

Domein	Aantal vragen	Minimale score	Maximale score
Zelfverzorging	7	0	35
Mobiliteit	7	0	35
Cognitief functioneren	10	0	50
Pijn	1	0	100
Vermoeidheid	1	0	100
Stemming	4	0	400

Indien gewenst is het mogelijk om de USER resultaten samen te vatten in drie scores. De scores op de domeinen mobiliteit en zelfverzorging worden dan opgeteld tot een domeinscore "lichamelijk functioneren", en de scores op de domeinen pijn, vermoeidheid en stemming worden dan opgeteld tot een domeinscore "subjectieve klachten". Bij dit laatste domein is de optelsom een heel groot getal (tussen 0 en 600), en om die reden wordt daarbij ook wel de gemiddelde score van de zes vragen in plaats van de optelsom gebruikt.

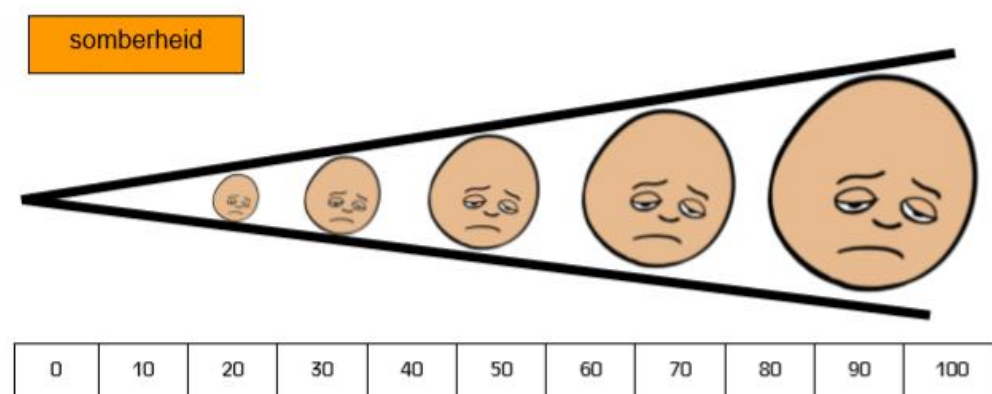
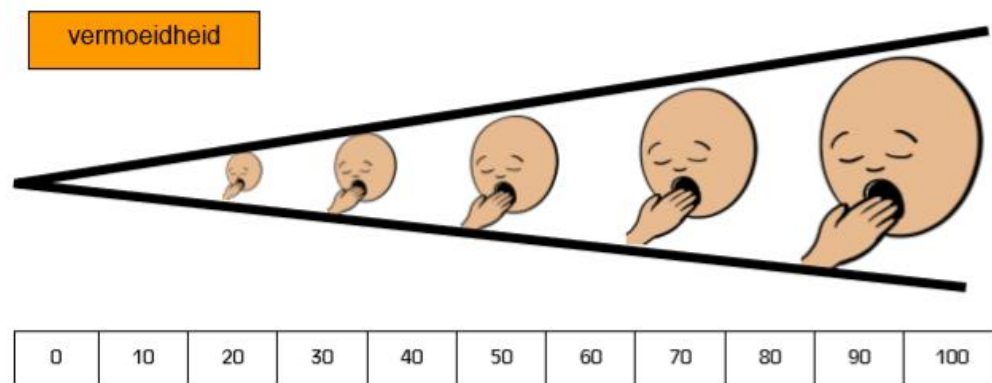
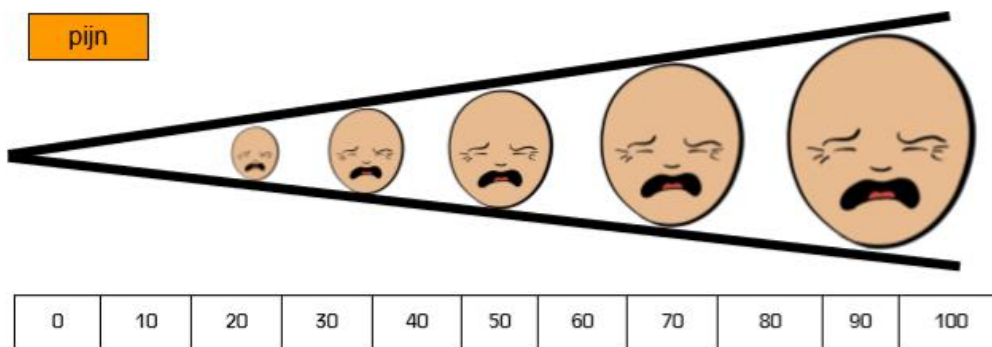
Domein	Aantal vragen	Minimale score	Maximale score
Lichamelijk functioneren	14	0	70
Cognitief functioneren	10	0	50
Subjectieve klachten	6	0	600 / 100*

*Optelsom geeft maximale score van 600, gemiddelde geeft maximale score van 100.

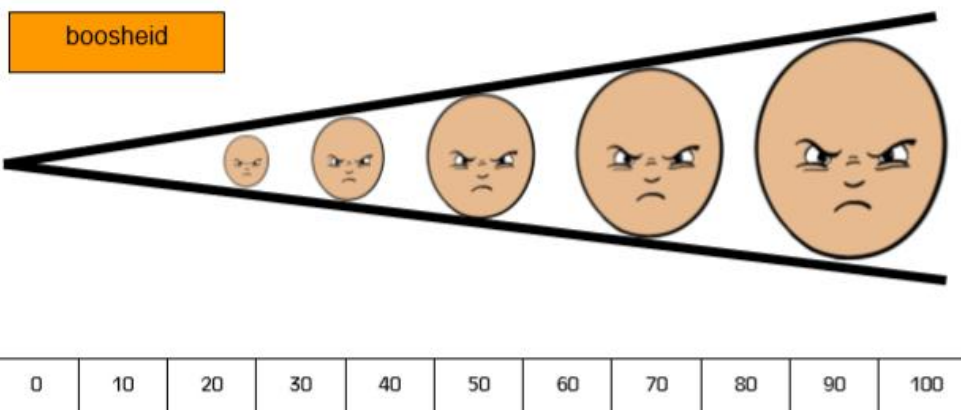
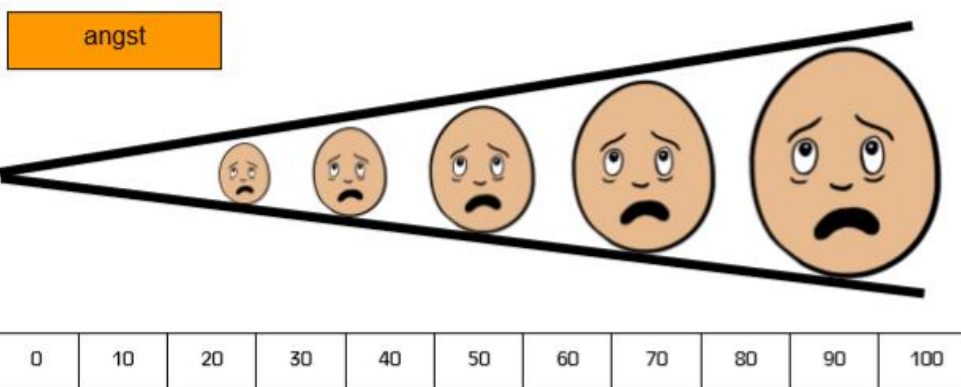
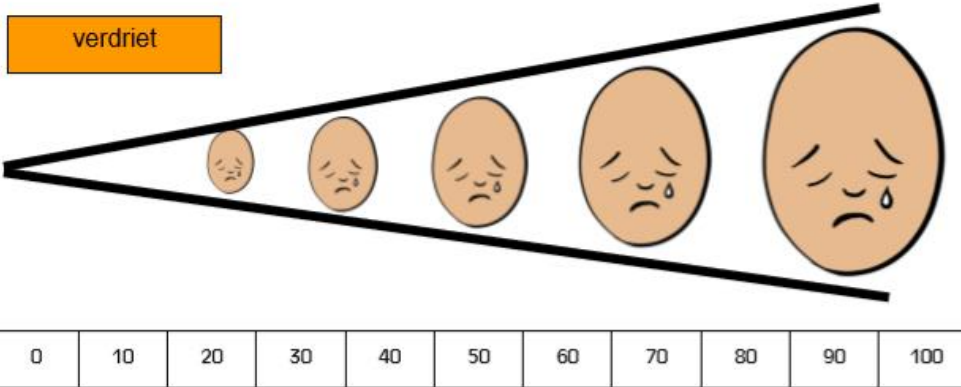
Informatie over de klinimetrische eigenschappen van de USER scores zijn te vinden in de artikelen in de literatuurlijst.

Bijlage 1: Pictogrammen

► Wat ervaart de patiënt aan



► Wat ervaart de patiënt aan



Bijlage 2: Berekenen van een Barthel Index score uit een USER score

In de CVA revalidatie is de Barthel Index een veelgebruikt instrument. Het is mogelijk om uit de USER score een Barthel Index score af te leiden. Hierdoor is het niet nodig beide instrumenten af te nemen wanneer men ook een Barthel Index score wil rapporteren.

Op de website van De Hoogstraat, onder beschikbare downloads, vindt U een excel bestand die de score automatisch kan omrekenen. Zie: <http://www.dehoogstraat.nl/meetinstrument-user>

De omrekening gaat als volgt:

BI item	USER item	BI score	USER score
1: Darm	14: Incontinentie darm (en 4: Toileetgebruik)	0 1 2	0, 1, 4 (4 als toileetgebruik is 0, 1) 3 4, 5 (4 als toileetgebruik is 2 – 5)
2: Blaas	13: Incontinentie blaas (en 4: Toileetgebruik)	0 1 2	0, 4 (4 als toileetgebruik is 0, 1) 1, 3 4, 5 (4 als toileetgebruik is 2 – 5)
3: Uiterlijke verzorging	9: Persoonlijke verzorging	0 1	0, 1 2 – 5
4: Toileetgebruik	12: Toileetgang / blaas en darm lediging	0 1 2	0 1 2 – 5
5: Eten	8: Eten en drinken	0 1 2	0 1 2 – 5
6: Transfer	3: Transfers (en 1: Zitten)	0 1 2 3	0 (en zitten is 0, 1) 0 (en zitten is 2 – 5) 1 2 – 5
7: Mobiliteit	4: Lopen binnenshuis (en 7: Rolstoelrijden)	0 1 2 3	0 (en rolstoelrijden is 0) 0 (en rolstoelrijden is 1, 3, 5) 1 2 – 5
8: Aan en uitkleden	11: Aan en uitkleden	0 1 2	0 1 2 – 5
9: Trappenlopen	6: Trappen lopen	0 1 2	0 1 2 – 5
10: Baden/douchen	10: Douchen / baden	0 1	0, 1 2 – 5

Bijlage 3: Gebruik de volgende werkafspraken als de USER gebruikt wordt voor database

- ✓ De USER wordt bij elke klinisch opgenomen volwassen patiënt afgenomen.
- ✓ De opname USER wordt in de week van opname afgenomen. De ontslag USER wordt in de week van ontslag afgenomen.
- ✓ Vermeld om welke meting het gaat, opname, tussentijds of ontslag.
- ✓ Als de revalidant niet zelf kan aangeven hoe hij of zij zich voelt dan wordt het onderste deel van de USER (de vragen over pijn, vermoeidheid en stemming) opengelaten. Het bovenste deel wordt wel ingevuld.
- ✓ Als de laatste afgenomen USER binnen een week voor ontslag is, kunnen de scores gebruikt worden als ontslag-USER. Concreet betekent dit dat de verpleegkundige de USER niet opnieuw hoeft af te nemen, maar dat de USER wel opnieuw moet worden ingevoerd en dan de bij soort meting 'ontslag' moet invoeren.

Bijzondere situaties

- Bij verhuizing naar een andere afdeling wordt niet opnieuw een opname USER ingevuld.
- Bij overlijden, vult de verpleegkundige een ontslag-USER in. Bij alle velden van mobiliteit, zelfverzorging en cognitie wordt een 0 ingevuld. Het onderste deel van de USER (de vragen over pijn, vermoeidheid en stemming) wordt opengelaten.
- Bij zeer plotseling vertrek naar huis waarbij geen ontslag-USER met de revalidant kan worden ingevuld, vult de verpleegkundige de ontslag-USER in. Bij de velden mobiliteit, zelfverzorging en cognitie wordt de situatie ingevuld zoals die was op het moment dat iemand naar huis ging. Het onderste deel van de USER kan worden opengelaten.
- Bij ziekenhuisopname waarbij de verwachting is dat iemand nog terugkeert, vult de verpleegkundige geen ontslag-USER in. Komt iemand uiteindelijk niet terug, dan mist deze USER bij ontslag.
- Bij een zeer korte opname vul je toch een opname en ontslag-USER in, ook als er weinig of niks veranderd is. Als je deze niet met de revalidant kan invullen, vul je alleen de velden over mobiliteit, zelfverzorging en cognitie in.

Bijlage 4: Veel gestelde vragen

1. **De vragen en wensen van de patiënt zijn uitgangspunt van revalidatie. Hoe valt dat te rijmen met een standaard meetinstrument zoals de USER?**
De items in de USER zoals zelfverzorging, mobiliteit en cognitief functioneren zijn allemaal van belang voor zelfstandig functioneren. De onderwerpen waar revalidatie zich op richt en waar we dus voor onze totale patiëntenpopulatie vooruitgang op verwachten. Het zou vreemd zijn als iemand in de kliniek revalideert en geen vragen heeft op deze gebieden. Uiteraard zal voor individuele patiënt het zwaartepunt verschillend liggen en kunnen naast de items uit de USER ook andere vragen van belang zijn.
2. **Soms is het lastig om in de eerste week een USER in te vullen. Een aantal items is dan nog niet goed te beoordelen. Wat moet je doen?**
Wil je een meting bij opname doen, vul de USER dan WEL in de eerste week in. Als je wacht is het geen opnamemeting. De score kan immers in de eerste weken sterk veranderen. Vul in ieder geval niet een deel van het formulier eerder in dan de rest. Een algemeen advies: bij twijfel, kies de laagste score. Vul wel alle items in!
3. **Dit is met name lastig voor de cognitieve items. Worden deze bij opname niet structureel te hoog gescoord?**
Om uit te zoeken of de USER scores voor cognitieve bij opname niet te hoog zijn, heeft een revalidatiearts van de CVA afdeling van De Hoogstraat gedurende 3 maanden bijgehouden of de scores overeenkwamen met haar inschatting na enkele weken van de cognitieve problemen van de patiënt. Haar conclusie is dat dit heel redelijk overeenkomt en dat er bij opname eerder te laag dan te hoog gescoord lijkt te worden. Structureel overschatten van de uitgangssituatie lijkt dus niet te gebeuren.
4. **Het is lastig om een 0 of 1 te scoren, voor je gevoel soms bij patiënten die al best veel kunnen. Bijvoorbeeld als je ze alleen ondersteunt bij het lopen of meeloopt voor de veiligheid.**
Het is invoelbaar dat dit vervelend kan zijn, maar het gaat om zelfstandigheid en als iemand toezicht nodig heeft is hij of zij niet zelfstandig. Het voordeel is dat ook betere patiënten nog vooruit gaan. Bij de meeste andere vragenlijsten heb je dan een plafondeffect.
5. **Wat doe je als iemand hulp nodig heeft door de inrichting van het gebouw of onze logistieke organisatie?**
Als iemand puur en alleen door de inrichting van het gebouw of de logistieke organisatie niet zelfstandig is, dan laat je dit buiten beschouwing. Als iemand bijvoorbeeld zich niet kan wassen op bed, omdat er te weinig wastafels zijn, dan laat je het buiten beschouwing. Doet iemand dit omdat hij niet uit bed kan komen, dan scoor je wel dat hulp nodig is. Hetzelfde geldt voor het innemen van medicatie. Als iemand dat niet zelfstandig doet omdat de instelling de medicatie beheert, dan laat je dat buiten beschouwing.
6. **Wat doe je als je op de verpleegafdeling niet merkt dat een patiënt bijvoorbeeld geheugenproblemen heeft, maar uit testresultaten blijkt dat dat wel zo is?**
Ga af op je eigen waarneming. Het kan zijn dat iemand wel een stoornis heeft, maar dat kan compenseren en er dus tijdens het functioneren op de afdeling geen beperkingen van ondervindt. Met de USER scoren we hoe iemand functioneert tijdens het dagelijks leven op de afdeling.
7. **En wat als het omgekeerde voorkomt: iemand doet iets wel tijdens therapie, maar doet dit niet op de verpleegafdeling?**
Scoor wat iemand doet tijdens het dagelijks leven op de afdeling. Niet wat iemand zou kunnen doen of tijdens therapieën laat zien.

8. **Kun je gebruik van zuurstof scoren?**
Wanneer iemand zuurstof toegediend krijgt om bepaalde activiteiten (bijvoorbeeld lopen) uit te kunnen voeren, kun je dit scoren als een hulpmiddel. Het hebben van continue ademhalingsondersteuning of het gebruik van zuurstof gedurende de nacht wordt niet gescoord met de USER.
9. **Waarom wordt er bij pijn, vermoeidheid en stemming een score gevraagd tussen de 0 en de 100 i.p.v. tussen 0 en 10?**
We willen voorkomen dat de score gezien wordt als een rapportcijfer.
10. **Waarom wordt bij toiletgang een katheter wel als hulpmiddel gescoord en stoma materiaal niet?**
Als iemand intermitterend katheteriseert is een katheter een hulpmiddel bij toiletgang omdat dit helpt bij de afvoer van urine. Een verblijfskatheter is allebei: hulpmiddel bij het afvoeren van urine en hulpmiddel bij continentie tussendoor. Een stomazakje is vooral hulpmiddel bij incontinentie, want het helpt niet bij de afvoer van ontlasting, alleen bij het opvangen daarvan. Onderdeel van toiletgang is wel het verschonen / vervangen van het materiaal, het is onderdeel van de "taak", maar geen hulpmiddel bij die "taak".
11. **Waarom wordt iemand die urineert of ontlasting krijgt in een luier gescoord als incontinent en iemand die een katheter gebruikt niet?**
Het gebruik van een luier is geen gewenste uitkomst van revalidatie, het gebruik van een katheter kan wel een gewenste uitkomst zijn.
12. **In de vorige versie van de handleiding stond "revalidant". Dit is vervangen door "patiënt". Waarom is dat?**
De USER wordt in steeds meer verschillende soorten instellingen gebruikt. Niet ieder instelling kent of gebruikt de benaming "revalidant".

Literatuur

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 (132): 23-27.

Van de Port IGL, Berdenis van Berlekom S, Baines RJ, Peeters R, Sikkes R, Raats-Bakx F, Schilders A, Post M. Meten=Weten: evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie. *Revalidata* 2007; 29(139): 3-7.

Willems M, Berdenis van Berlekom S, van Asbeck F, Post M. The continuing story: USER als uitkomstmaat van klinische revalidatie. *Revalidata* 2010; 32(156): 6-8.

Raats-Bakx FMC, Meijer JWG. De voorspellende waarde van de USER bij klinische revalidatie. *Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskde* 2012(nr 1): 3-6

Harmen, JJ, Willems M. Implementatie USER: kansen en knelpunten. *Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskde* 2013(nr 1): 5-8.

Post MWM, van de Port ILG, Kap B, Berdenis van Berlekom S. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of clinical Rehabilitation (USER). *Clin Rehabil* 2009; 23: 909-17.

Op de website van De Hoogstraat zijn PDF bestanden van verschillende artikelen en presentaties over de USER te vinden. Zie: <http://www.dehoogstraat.nl/meetinstrument-user>

Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER)

Patiëntnummer _____ Patiënt _____ Beoordelaar _____ Datum _____
 Soort meting meting / doel * opname/ tussentijds /ontslag * * omcirkel wat van toepassing is.

	Score (0-5)		Score (0-5)
Mobiliteit		Communicatie	
1. Zitten	_____	15. Zich uiten	_____
2. Staan	_____	16. Begrijpen	_____
3. Transfers	_____	Cognitie	
4. Lopen binnenshuis	_____	17. Visuele waarneming	_____
5. Lopen langere afstanden	_____	18. Oriëntatie in plaats en tijd	_____
6. Traplopen	_____	19. Aandacht	_____
7. Rolstoelrijden (NB: afwijkende score)	_____	20. Geheugen	_____
		21. Taakuitvoering	_____
		Gedrag	
		22. Initiatief	_____
		23. Gedragsregulatie	_____
		24. Sociaal gedrag	_____
Score Mobiliteit _____ / 35		Score Cognitief functioneren _____ / 50	
Zelfverzorging			
8. Eten en drinken	_____		
9. Persoonlijke verzorging	_____		
10. Douchen/baden	_____		
11. Aan/uitkleden	_____		
12. Toiletgang/ blaas en darm lediging	_____		
13. Incontinentie blaas (NB: afwijkende score)	_____		
14. Incontinentie darm (NB: afwijkende score)	_____		
Score Zelfverzorging _____ / 35			

Vraag de patiënt hoe hij/zij zich de afgelopen dagen voelde wat betreft:

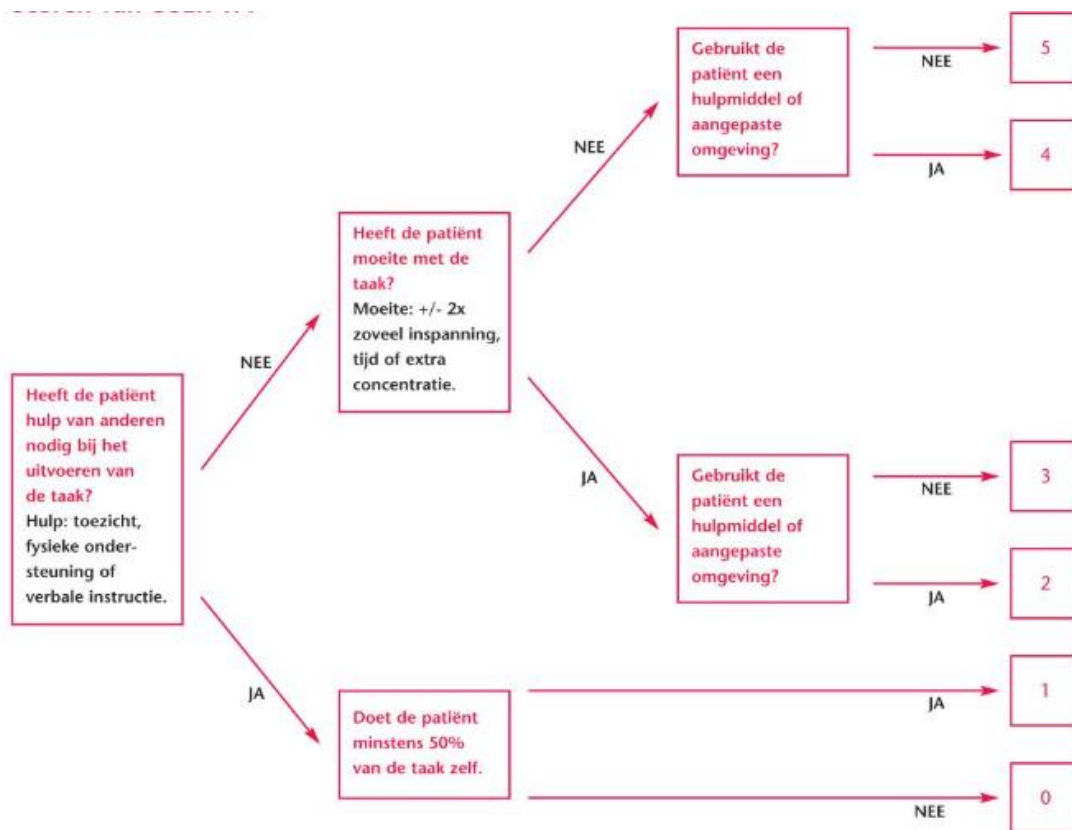
25. Pijn												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
26. Vermoeidheid												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
27. Sombereheid												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
28. Verdriet												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
29. Angst												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare
30. Boosheid												
Helemaal geen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	Ergst voorstelbare

USER versie 1.4, mei 2015

© De Hoogstraat, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht

Score Stemming = sombereheid + verdriet + angst + boosheid = _____ / 400

Bijlage 3: Stroomdiagram uit handleiding Utrechtse Schaal Evaluatie van Revalidatie



Bijlage 4: Interpretaties scores domein cognitive

Cognitief functioneren

Communicatie

15. Zich uiten: maakt iemand anders verbaal of non-verbaal een eenvoudige boodschap duidelijk.
NB. Als iemand geen Nederlands spreekt, maar zich in zijn eigen taal goed kan uitdrukken, dan de maximale score geven.

Hulp: hulp van een ander bij het verwoorden/ uitleggen wat iemand bedoelt / herhalen om duidelijk te krijgen wat iemand bedoelt / meeschrijven door een ander.

Moeite: door bijv. dysartrie, afasie, woordvindingsstoornissen, zacht stemgeluid, trachea stoma, aanwijzen en gebaren gebruiken, een boodschap wel juist en zelfstandig, maar met meer moeite of in meer tijd kunnen overbrengen.

Hulpmiddel: speciale hulpmiddelen om je te uiten: bijv. taalzakboek/gespreksboek, spraakcomputer, letteraanwijsbord, schrijven i.p.v. spreken, spreekklepje.

16. Begrijpen: begrijpt zowel verbale als non-verbale (auditief en visuele) informatie.

NB. Als iemand geen Nederlands spreekt, maar zich in zijn eigen taal goed kan uitdrukken, dan de maximale score geven.

Hulp: (schriftelijke of) visuele ondersteuning door een ander.

Moeite: meer tijd / concentratie nodig voor het begrijpen van informatie. Bijvoorbeeld vragen of iemand iets 2 keer wil uitleggen. Meer tijd voor het begrijpen van een krantenartikel.

Hulpmiddel: speciale hulpmiddelen om informatie te begrijpen. Een gewone (lees)bril en gehoorapparaat tellen niet als hulpmiddel. Horen en zien telt pas mee in het item 'begrijpen' als er ondanks een normale bril of gehoorapparaat problemen zijn met het begrijpen en er anderszins hulpmiddelen nodig zijn.

Cognitie

17. Waarneming: neemt visueel waar. Hieronder vallen onder andere herkenning en overzicht hebben. Als er ondanks een normale bril problemen zijn met de visuele waarneming of er is nog een ander hulpmiddel nodig dan wordt dit gescoord als moeite en / of hulpmiddel.

Hulp: door anderen geattendeerd moeten worden op zaken in de omgeving, bijv. door neglect, hemi-inattentie.

Moeite: anopsie, diplopie, neglect, hemi-inattentie, tegen deurposten of muren aanrijden maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.

Hulpmiddel: bijv. speciale bril, 1 brilglas afgeplakt, prisma.

18. Oriëntatie in plaats en tijd: is zich bewust van jaar, maand, dag, datum, dagdeel, plaats, omgeving etc.

Hulp: begeleiding / hulp van derden bij het oriënteren in plaats en tijd.

Moeite: vaak te laat komen of juist veel te vroeg, zoekende zijn naar de weg of kamer.

Hulpmiddel: bijv. agenda, klok, telefoon (meer dan normaal gebruik ervan).

19. Aandacht en concentratie: focust de aandacht, gerichte aandacht, verdeelde aandacht, concentratie en vermoeibaarheid.

Hulp: door anderen ondersteund moeten worden om aandacht juist te richten.

Moeite: geen twee dingen tegelijk kunnen doen, snel afgeleid zijn.

Hulpmiddel: aangepaste omgeving, bijvoorbeeld een rustige omgeving.

20. Geheugen: onthoudt dingen. Hieronder vallen werkgeheugen, korte- en lange termijn geheugen.
Hulp: afspraken, namen of gebeurtenissen niet kunnen herinneren, agendatraining, hulp van anderen nodig om dit te kunnen compenseren.
Moeite: afspraken, namen of gebeurtenissen met moeite of niet kunnen herinneren, maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.
Hulpmiddel: agenda, geheugensteuntjes op papier, telefoon.

21. Taakuitvoering: plant, organiseert en voert verschillende taken uit. Scoor het uitvoeren van deelhandelingen in de juiste volgorde, het tempo van handelen, zelfcontrole en corrigeren. Het op tijd en in de juiste hoeveelheid innemen van medicatie valt hier ook onder. Als iemand medicatie niet zelfstandig neemt door logistieke organisatie, dan die taak niet scoren.
Hulp: apraxie en hulp / aansporing van anderen nodig om dit te kunnen compenseren. Heeft aanwijzingen / correctie nodig van anderen om taken uit te voeren.
Moeite: apraxie, maar dit wel zelfstandig kunnen compenseren.
Hulpmiddel: bijv. stappenplan bij het aankleden/ douchen, medicatieverdeeldoos.

Gedrag

22. Initiatief: neemt initiatief en initieert handelingen.
Hulp: aansporing van anderen nodig om tot een bepaalde handeling te komen, apathisch.
Moeite: er lang over doen om tot een bepaalde handeling te komen.
Hulpmiddel: medicatie, gebruik van alarm/reminder/agenda om taak te gaan uitvoeren.

23. Gedragsregulatie: reguleert zijn gedrag correct en neemt omgangsvormen in acht te nemen.
Hulp: impulsief, ontremd, agressief, opstandig, afhankelijk van omgeving, moet gecorrigeerd worden door anderen vanwege ongepast gedrag.
Moeite: impulsief, ontremd, agressief, opstandig, afhankelijk van omgeving, kan met moeite zichzelf corrigeren, maar geen hulp van anderen nodig om dit gedrag te corrigeren.
Hulpmiddel: medicatie (bijv. rustgevend of gedragsregulerend).

24. Sociaal gedrag: vertoont sociaal gedrag en houdt zich aan sociale codes.
Hulp: op zichzelf gericht, isoleert zich, claimt anderen, houdt zich niet aan sociale codes en heeft aanwijzingen/ correctie nodig van anderen om sociaal te kunnen functioneren.
Moeite: op zichzelf gericht, isoleert zich, claimt anderen, houdt zich niet aan sociale codes, maar heeft geen hulp van anderen nodig om dit gedrag te corrigeren.
Hulpmiddel: medicatie (bijv. rustgevend).

USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie)

Meneer R. Esú, geb. 25/09/1974

Ecarisnummer: 102123



Metingen:

Datum	Soort meting	Kleur
02/04/2015	Opname	Blue
30/06/2015	Team	Orange
15/08/2015	Team	Grey

Mogelijke aandachtspunten voor klinisch ontslag

Mobiliteit:

- Staan
- Lopen afstanden
- Traplopen
- Rolstoelrijden

Zelfverzorging:



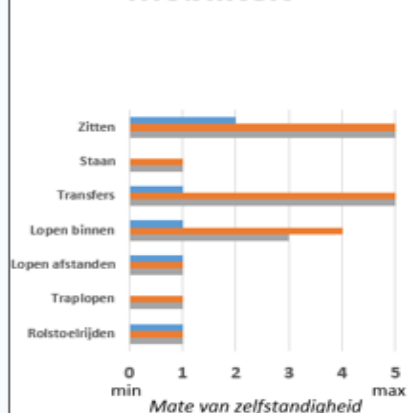
(Er zijn **geen** aandachtspunten)

Cognitie:

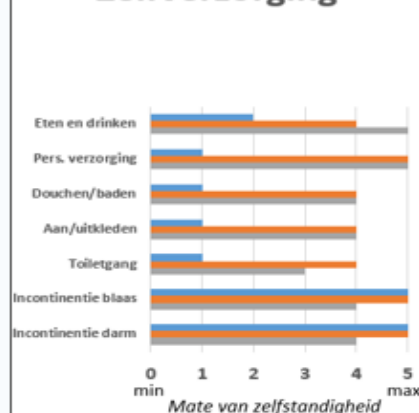
- Zien
- Aandacht
- Geheugen
- Initiatief

Resultaten

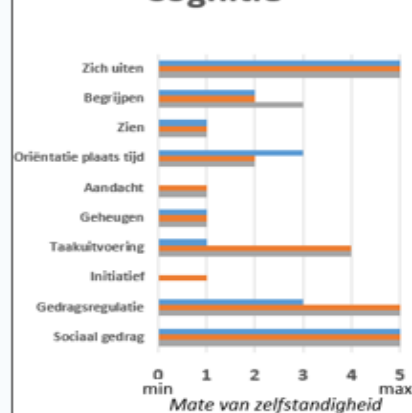
Mobiliteit



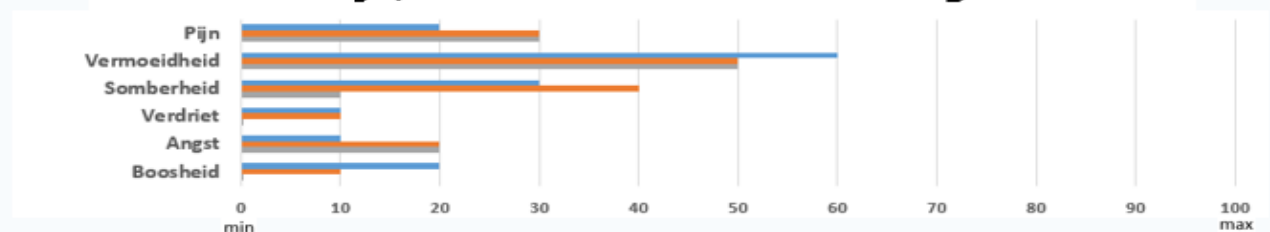
Zelfverzorging



Cognitie



Pijn, vermoeidheid en stemming



Voor het verzamelen van deze gegevens maken we gebruik van de USER. Meer informatie over de USER kunt u vinden op www.dehoogstraat.nl/meetinstrument-user. Deze USER-rapportage is afgedrukt op 21-03-2016.