

UNCO-MOB

2.0

**Meetinstrumenten
voor de ouderenzorg**

Dankwoord:

Deze map is tot stand gekomen dankzij de actieve inzet van fysiotherapeuten uit het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc (UNO-VUmc).

Copyright:

Dit is een uitgave van het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc (UNO-VUmc). De redacteurs geven, tenzij anders vermeld, toestemming voor het gebruik en het dupliceren van het materiaal in dit handboek voor onderwijsdoeleinden, mits in het geduplicateerde het copyright vermeld wordt en de redacteurs vernoemd.

Disclaimer:

Deze map is met de uiterste zorgvuldigheid samengesteld. Desondanks is het mogelijk dat er onjuistheden in voorkomen. Hiervoor kunnen wij geen aansprakelijkheid aanvaarden. Daarnaast hebben wij de uiterste zorgvuldigheid betracht in het uitzoeken of er copyrights op de meetinstrumenten liggen. Mochten er partijen zijn die desondanks aanspraak denken te maken op copyright dan worden zij verzocht contact op te nemen met de redactie.

UNCO-MOB

2.0

Meetinstrumenten voor de ouderenzorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Inleiding	6
Universitair Netwerk Ouderenzorg UNO-VUmc	6
Project Meetinstrumenten	6
Korte Beschrijving van het consensustraject	7
Deelnemers aan de trajecten	7
Fysiotherapie in de ouderenzorg	8
De UNCO-MOB 2.0	9
De domeinen en hun instrumenten	11
Algemeen screenend instrument:	11
Lopen:	11
Balans en rompbalans:	11
Lopen en Balans:	11
Valrisico:	11
Uithoudingsvermogen:	12
Spierkracht:	12
Gewrichtsmobiliteit:	12
Transfers:	12
Tonus:	12
Sensibiliteit:	12
Het domein Vallen / Valrisico	14
Het gebruik van de UNCO-MOB	15
Psychometrische kwaliteit van meetinstrumenten	16
Betrouwbaarheid	16
Validiteit:	16
Responsiviteit:	17
Lijst van gebruikte afkortingen	18
Bijlage 1. Taakopdracht	19

Inleiding

Universitair Netwerk Ouderenzorg UNO-VUmc

Het UNO-VUmc¹ is een samenwerkingsverband waarbinnen ouderenzorgorganisaties samenwerken met de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde van VU medisch centrum te Amsterdam.

Dit netwerk heeft als doelstelling: het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding én het optimaliseren van patiëntenzorg.

Eén van de projecten die hiervoor loopt binnen het netwerk is het project Meetinstrumenten.

Project Meetinstrumenten

Het project Meetinstrumenten heeft als doel om binnen de ouderenzorg de beste meetinstrumenten te gebruiken. Dat betekent dat er gebruik wordt gemaakt van meetinstrumenten die van goede kwaliteit² zijn en bovendien bruikbaar voor de praktijk. Wanneer de instrumenten op een goede manier gebruikt worden kunnen zij het zorgproces ondersteunen en daarmee leiden tot betere zorg.

In 2008 ontwikkelden fysiotherapeuten uit het UNO-VUmc en het Universitair Kennisnetwerk Nijmegen (UKON) een set meetinstrumenten mobiliteit, bedoeld voor de ouderenzorg. Deze set heet Universitaire Netwerken Consensus Ouderenzorg – MOBiliteit (UNCO-MOB) en bestaat uit elf meetinstrumenten, omschrijvingen van deze instrumenten (inclusief testprotocollen en scoreformulieren) en afspraken over de momenten waarop deze worden afgenomen.

In 2011 gaf een evaluatie onder fysiotherapeuten en artsen van het UNO-VUmc een positief beeld over bekendheid en gebruik van de UNCO-MOB. De UNCO-MOB wordt gezien als een nuttige, overzichtelijke en praktische aanvulling op de behandeling, die een objectieve maat geeft om deze te evalueren. Inhoudelijk kunnen uitvoeringsdetails en testformulieren nog verbeterd worden. Er lijkt behoefte te zijn om de set uit te breiden tot een bredere set – niet alleen mobiliteit – voor geriatrische fysiotherapie en daarnaast binnen het domein mobiliteit nog extra subdomeinen te definiëren.

Daarom organiseerde het UNO-VUmc in 2013 een vervolgtraject dat tot doel heeft de UNCO-MOB beter te laten aansluiten bij de wensen van het veld en te verbeteren met nieuwe wetenschappelijke inzichten. In nauw overleg met het UKON is afgesproken dit traject alleen binnen het UNO-VUmc te laten plaatsvinden en het UKON te informeren over de uitkomsten.

¹ Aan het UNO-VUmc nemen de volgende organisaties deel: Amstelring, Argos Zorggroep, Beweging 3.0, Careyn Utrecht Stad, , Cordaan, Eevan, Naarderheem, Noorderbreedte, Quarijn, Stichting Sint Jacob, Viva! Zorggroep, Warande, Zonnehuisgroep Amstelland, Zonnehuisgroep IJssel-Vecht, Zorgbalans, Zorggroep Apeldoorn e.o., Zorggroep Solis en Zorgspectrum.

² Voor meer informatie over de kwaliteit van meetinstrumenten zie de uitleg op pagina 15.

Korte Beschrijving van het consensustraject

Vanuit alle UNO-organisaties nam één fysiotherapeut deel aan het traject. Voorafgaand aan het traject voerden twee studenten fysiotherapie van de Hogeschool Leiden een literatuuronderzoek uit naar nieuwe publicaties over de instrumenten uit de UNCO-MOB. De fysiotherapeuten gingen aan de hand van een taakopdracht aan de slag (zie bijlage 1 op pagina 19). Ze startten met het formuleren van (nieuwe) relevante domeinen binnen het vakgebied geriatriefysiotherapie. Vervolgens verzamelden zij literatuur (richtlijnen en wetenschappelijke artikelen) om geschikte meetinstrumenten te kiezen.

Om gekozen te worden moest een instrument aan een aantal voorwaarden voldoen:

- het instrument moet Nederlandstalig zijn, internationaal bekend zijn en goede psychometrische eigenschappen hebben,
- bij het bepalen van keuzes zijn richtlijnen van bijvoorbeeld beroepsverenigingen en eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg doorslaggevend,
- een instrument moet in de praktijk goed toepasbaar zijn en informatie opleveren die nuttig is voor de behandelaar.

Aan de hand van deze kaders discussieerden de fysiotherapeuten tijdens de consensusbijeenkomsten, zochten zij waar nodig meer informatie, raadpleegden zij externe deskundigen en maakten zij uiteindelijk een keuze.

Bovendien hielden zij de afspraken tegen het licht die waren gemaakt over het gebruik van de gekozen meetinstrumenten, zoals hoe, wanneer en hoe vaak wordt het instrument afgenomen, en de manier van registratie.

Het resultaat hiervan is een nieuwe versie van de UNCO-MOB. In deze versie verdwenen in vergelijking met de vorige versie één domein (bedtransfers) en één meetinstrument (2 Minuten Wandel Test). Nieuw toegevoegd zijn drie domeinen (algemene screening, pijn en armhandfunctie) met bijbehorende instrumenten en daarnaast nog drie instrumenten bij de eerder gekozen subdomeinen (Falls Efficacy Scale - International (FES-I), Borg Rate of Perceived Exertion (Borg RPE) en Paratonia Assessment Instrument (PAI)).

Zie voor de volledige set met instrumenten de tabel op pagina 9 en de omschrijving op pagina 11.

Deelnemers aan de trajecten

De deelnemers van het traject van het UNO-VUmc waren Astrid van Alphen, Maira Asin, Els van Bennekom, Maartje Buijssen, Maria da Cruz, Eric Drewes, Walter Hanssen, Maaike Kleijn, Nelleke Kruyswijk, Iva Nijenhuis, Fred Peters, Ivy van de Schilde, Janny Sliep, Clemence Sperling, Marga Trekop, Yvette Van der Velde, Rudy Vernooij, Carla Verstraten en Jolanda van Wifferen. De bijeenkomsten werden voorbereid en voorgezeten door Ruth Veenhuizen en Lizette Wattel. Secretariële ondersteuning werd geboden door Bernadette Jurriën.

Fysiotherapie in de ouderenzorg

De geriatriefysiotherapeut richt zich op het dagelijks bewegen van kwetsbare ouderen en op patiënten met een hoge biologische leeftijd alsmede complexe gezondheidsproblematiek en/of gezondheidsproblematiek met een atypische en vaak onduidelijke presentatie.

Fysiotherapie in de geriatrie heeft als uitgangspunt: het verminderen van de achteruitgang, het behouden of het vergroten van de optimale zelfstandigheid bij problemen in het functioneren op het gebied van het dagelijks bewegen, die zich bij de patiënt kunnen voordoen. In al zijn aspecten / domeinen wordt het dagelijks bewegen als ingang / aangrijpingspunt genomen.

De taken voor de geriatriefysiotherapeut worden in alle geledingen van de ouderen(gezondheids)zorg uitgevoerd. Gezien de toekomstige ontwikkelingen zullen de taken van de geriatriefysiotherapeut steeds meer locatieonafhankelijk worden.

Binnen de UNCO-MOB 2.0 zijn de volgende domeinen geformuleerd voor de geriatriefysiotherapie: Gewrichtsmobiliteit, Spierkracht, Spiertonus, Uithoudingsvermogen, Sensibiliteit, Pijn, Lopen, Balans, Transfers, Arm-handfunctie, Valrisico en ADL (+ passiviteit). Daarnaast is ook nog gezocht naar een algemeen screenend instrument voor mobiliteit. Deze domeinen passen binnen het ICF-model³ binnen de categorieën 'functies & anatomische eigenschappen' en / of 'activiteiten'.

	Functies en anatomische eigenschappen	Activiteiten
Domeinen	Hulpvraag	Hulpvraag Algemene screening mobiliteit
	Gewrichtsmobiliteit	Lopen
	Spierkracht	Balans
	Spiertonus	Transfers
	Uithoudingsvermogen	Valrisico
	Sensibiliteit	Arm-handfunctie
	Pijn	ADL (+passiviteit)

³ De International Classification of Functioning, Disability and Health van de WHO

De UNCO-MOB 2.0

Standaard		Uitzondering
Algemene screening	EMS	
Lopen	10MLT FAC	TUG POMA (voor kwaliteit van het lopen)
Balans en Rompbalans	BBS of POMA TCT voor rompbalans	POMA niet bij CVA
Valrisico ⁴	Na globale kwalitatieve inventarisatie met TUG kiest de behandelaar een instrument uit het nader te onderzoeken domein	FES-I
Uithoudingsvermogen	6MWT + BorgRPE	
Spierkracht	MRC	MI bij CVA HHD als preciseren nodig is
Gewrichtsmobiliteit	N-0-M	
Tonus		MAS bij CVA PAI bij dementie
Pijn	NPRS	Pacslac-D als NPRS niet lukt
Arm-handfunctie		FAT bij CVA

10MLT = 10 Meter Loop Test ; 6MWT = 6 Minuten Wandel Test; BBS = Berg Balance Scale; BorgRPE = Borg Rate of Perceived Exertion; EMS = Elderly Mobility Scale; FAC = Functional Ambulation Categories; FAT = Frenchay Arm Test bij CVA; FES-I = Falls Efficacy Scale - International; HHD = Handheld dynamometer ; MAS = Modified Ashworth Scale; MI = Motricity Index ; MRC = MRC-schaal van de British Medical Research Council; N-0-M = Neutrale-0-methode; NPRS = Numeric Pain Rating Scale; Pacslac-D = Pain Assessment Checklist for

⁴ Zie voor valrisico de aparte paragraaf op pagina 13

Seniors with Limited Ability to Communicate, Dutch version; PAI = Paratonia Assessment Instrument; POMA = Performance Oriented Mobility Assesment (Tinetti); TCT = Trunk Control Test; TUG = Timed Up and Go ; VAS = Visual Analogue Scale.

De domeinen en hun instrumenten

Alle instrumenten zijn beoordeeld op hun psychometrische kwaliteit. Een probleem hierbij is dat niet voor alle instrumenten normgegevens beschikbaar zijn die speciaal zijn ontwikkeld voor verpleeghuispatiënten. In die gevallen is gezocht naar alternatieven die zo dicht mogelijk in de buurt komen van onze populatie.

Algemeen screenend instrument:

Als algemeen screenend instrument is gekozen voor de Elderly Mobility Scale (EMS). Met de EMS worden de verplaatsbaarheid gemeten, en de mogelijkheid om transfers uit te voeren die nodig zijn voor ADL-activiteiten.

Lopen:

Voor het domein Lopen is als standaard gekozen voor de Functional Ambulation Categories (FAC) en de Tien Meter Looptest (10MLT). Deze instrumenten zijn inzetbaar voor alle categorieën patiënten. De FAC heeft een grove indeling en kan worden gebruikt voor zowel patiënten die niet kunnen lopen als patiënten die goed kunnen lopen. De 10MLT is minder grof en is geschikt voor patiënten die 10 meter kunnen lopen en hooguit supervisie nodig hebben. De Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) bestaat uit een balansgedeelte en een ganggedeelte. Het ganggedeelte kijkt kwalitatief naar het lopen en is daarom geschikt indien er een kwalitatief oordeel gewenst is over het lopen.

Balans en rompbalans:

Voor het domein Balans is als standaard gekozen voor de Berg Balance Scale (BBS) en de Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). De BBS hanteert per onderdeel een vijfpuntsschaal waardoor er meer variatie mogelijk is. De POMA is grover (per onderdeel een twee of driepuntsschaal). Zoals hierboven (bij Lopen) al beschreven is er ook een onderdeel waarin de symmetrie van het lopen wordt beoordeeld. Dit maakt de test ongeschikt voor CVA-patiënten die bijna allemaal asymmetrisch lopen.

Voor het domein Rompbalans is gekozen voor de Trunk Control Test (TCT).

De test is ontwikkeld en onderzocht voor CVA-patiënten maar ook bruikbaar voor andere doelgroepen.

Lopen en Balans:

Om Lopen en Balans in een meer functionele situatie te testen is gekozen voor de Timed Up & Go (TUG). Deze test wordt gebruikt wanneer zowel lopen als balans beoordeeld moeten worden.

Valrisico:

Voor valrisico is geen algemeen instrument gekozen. Het doel van de behandelaar is niet om te beoordelen of iemand een verhoogd valrisico heeft, maar om te beoordelen of het zinvol is om functies of vaardigheden te verbeteren die van invloed zijn op het valrisico. Daarom zal de behandelaar eerst globaal beoordelen welke functies of vaardigheden onderzocht

dienen te worden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van de TUG-taak. Vervolgens kiest de behandelaar op welk domein hij een meetinstrument inzet. Deze keuze is dan gebaseerd op de UNCO-MOB.

Voor meer informatie over keuzes die hierbij zijn gemaakt zie de aparte paragraaf over Vallen/Valrisico op pagina 14.

Uithoudingsvermogen:

Voor het meten van uithoudingsvermogen wordt de 6 Minuten Wandel Test (6MWT) gebruikt. Voor mensen die korter dan 6 minuten kunnen wandelen zal de gelopen afstand automatisch korter zijn. Dit is dan hun score op de 6MWT. Voor mensen die niet in staat zijn de 6MWT uit te voeren is geen instrument gekozen. Deze groep is erg divers waardoor een algemeen advies niet mogelijk is.

Spierkracht:

Voor het testen van spierkracht is gekozen voor de MRC-schaal van de British Medical Research Council. Deze zespuntsschaal geeft een globale indruk van de spierkracht per spier(groep). Indien het van belang is de spierkracht nauwkeuriger weer te geven is gekozen voor de Handheld Dynamometer, welke de kracht in Newton meet. Voor CVA-patiënten wordt de Motricity Index (MI) gebruikt die de willekeurige bewegingsmogelijkheid beschrijft.

Gewrichtsmobiliteit:

Deze wordt vastgelegd met de goniometer en genoteerd volgens de neutrale-0-methode (N-0-M).

Transfers:

Voor algemene transfers is geen geschikt instrument gevonden. Het instrument dat in de vorige versie van de UNCO-MOB werd gebruikt voor bed transfers (de TCT) is niet ontwikkeld voor het meten van transfers en bleek hiervoor in de praktijk niet te voldoen. Dit instrument is daarom verwijderd.

Tonus:

Voor het vastleggen van de weerstand tegen passief bewegen bij CVA-patiënten wordt gebruik gemaakt van de Modified Ashworth Scale (MAS). Voor het vastleggen van paratonie (bij dementie) is gekozen voor de Paratonia Assessment Instrument (PAI). Voor andere aspecten van tonus, zoals veranderde reflexactiviteit, is geen instrument gekozen.

Sensibiliteit:

Voor het meten van sensibiliteit is geen instrument gekozen. Beschikbare instrumenten waren onvoldoende onderzocht en gaven geen meerwaarde boven de gangbare praktijk.

Pijn:

Voor het meten van pijn is de Numeric Pain Rating Scale (NPRS) de eerste keuze. Wanneer de NPRS niet kan worden afgenomen is de Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited

Ability to Communicate, Dutch version (Pacslac-D) het alternatief. De NPRS is een zelfrapportage-instrumenten, terwijl de Pacslac-D een observatieschaal is.

Armhandfunctie:

Voor het testen van de armhandfunctie bij CVA-patiënten is de Frenchay Arm Test (FAT) gekozen.

Het domein Vallen / Valrisico

Vallen is een multifactorieel probleem. Naast fysiotherapeutisch behandelbare aspecten, zoals spierkracht, loopvaardigheid en balans, is een groot aantal factoren van invloed op de kans dat iemand valt in het verpleeghuis. Zo is de mate waarin iemand zijn eigen mogelijkheden kan inschatten een belangrijke factor, maar bijvoorbeeld ook praktische zaken, zoals het gebruik van een goede bril en passend schoeisel.

Dit heeft tot gevolg dat mensen met een slechte balans niet per definitie een groot valrisico hebben. De voorspellende waarde van bijvoorbeeld de BBS en de POMA is daardoor beperkt. Daar komt nog bij dat uit onderzoek van Perell (2001) is gebleken dat alle (mobiele) ouderen in de verzorgings-/verpleeghuissetting een sterk verhoogd valrisico hebben. Derhalve is risico-identificatie ('case-finding') niet noodzakelijk.

Bij de beoordeling van valrisico wordt daarom geen meetinstrument gebruikt om te beoordelen óf iemand een verhoogd valrisico heeft, maar om te beoordelen of fysiotherapeutische behandeling het valrisico kan verkleinen. Hiervoor zijn de meetinstrumenten uit de UNCO-MOB wel geschikt.

De behandelaar zal eerst een globale indruk moeten krijgen van het functioneren van de patiënt. Hiertoe kan hij gebruik maken van de taak van de Timed Up & Go test. (Opstaan, drie meter lopen, omkeren, teruglopen naar de stoel en vervolgens weer gaan zitten). Hierbij wordt dan niet zozeer gekeken naar de benodigde tijd, maar naar de uitvoering. Op basis van deze globale indruk bepaalt de therapeut welke functies/vaardigheden voor nader onderzoek in aanmerking komen. Voor deze functies worden dan de betreffende meetinstrumenten gebruikt. Indien de patiënt onder de norm scoort is dit een indicatie om de betreffende functie/vaardigheid te trainen.

Het gebruik van de UNCO–MOB

Er zijn afspraken gemaakt over het tijdstip en de frequentie waarmee meetinstrumenten worden afgenomen. Deze afspraken zijn in 2014 aangepast. Er is hierbij onderscheid gemaakt tussen afspraken voor revalidanten en afspraken voor de andere cliëntengroepen:

Voor **revalidanten** geldt:

- Binnen 1 week na opname, TENZIJ er een goede meetinstrumentenoverdracht is.
- Daarna minimaal 1x per 4 weken.

Voor **alle andere cliëntgroepen** geldt:

- Binnen 14 dagen na de start van de behandeling.
- Daarna 12 weken na de start van de behandeling en vervolgens elke 8 weken.
- Vóór elke zorgplanbespreking / multidisciplinair overleg.

Psychometrische kwaliteit van meetinstrumenten

Wanneer is een meetinstrument van goede kwaliteit? Om daar iets over te kunnen zeggen is een aantal kenmerken omschreven. Hieronder volgt een korte uitleg van deze kenmerken.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft te maken met de vraag of het mogelijk is het meetresultaat te herhalen. Wanneer het meetinstrument meerdere keren wordt afgenomen in korte tijd, dan is het de bedoeling dat de score ongeveer dezelfde is.

Betrouwbaarheid kan worden onderverdeeld in 3 eigenschappen:

- **Interne consistentie:** dit is de mate waarin de vragen/opdrachten van een instrument aan elkaar gerelateerd zijn. Wanneer de scores op de vragen/opdrachten totaal niet samenhangen, dan zegt een somscore niet zoveel. Interne consistentie wordt vaak uitgedrukt in item-totaalcorrelatie (> 0.2 is goed) of in Cronbachs alfa (tussen 0.7 en 0.9 is goed, bij >0.9 dan kunnen er items verwijderd worden)
- **Meetfout:** dit is de systematische en toevallige fout van de score van een patiënt, die niet wordt veroorzaakt door echte veranderingen in het domein dat je meet. Meetfout wordt vaak uitgedrukt in SEM.
- **Betrouwbaarheid:** dit is de mate waarin metingen van patiënten van elkaar kunnen worden onderscheiden, ondanks de meetfout. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen test-hertest-, interbeoordelaars- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Betrouwbaarheid wordt vaak uitgedrukt in ICC of Cohen's Kappa: Interpretatie: >0.40 redelijk tot goed, >0.80 excellent.

Validiteit:

Een instrument is valide als het daadwerkelijk die eigenschappen meet waarvoor het is ontwikkeld. Dit kan op verschillende manieren worden beoordeeld. Zo mag je van een instrument verwachten dat de score hoger is bij patiënten waar het beter mee gaat. Dat kan worden gemeten door de uitkomsten te vergelijken met de uitkomsten van een 'gouden standaard' op dat gebied: **criterium validiteit**. Een voorbeeld hiervan is

uithoudingsvermogen. De gouden standaard hiervoor is de maximale zuurstofopname. Het is echter niet haalbaar om bij alle cliënten een VO₂max-test af te nemen. Daarom zijn er alternatieve testen ontwikkeld. Om van deze testen de criterium validiteit te bepalen zou bij een aantal patiënten een VO₂max-test én de alternatieve test moeten worden afgenomen. De mate van overeenstemming in uitkomsten bepaalt dan de criterium validiteit.

Criterium validiteit kun je op twee manieren bepalen: je kunt de gouden standaard en het meetinstrument tegelijk afnemen, dan spreek je van *concurrente validiteit*. Dat kan bijvoorbeeld wanneer je op dezelfde dag een VO₂max-test en de alternatieve test afneemt.

Een andere manier om criterium validiteit te meten is te kijken in hoeverre je alternatieve test een score op je criterium voorspelt. Bijvoorbeeld of de score op een balansschaal voorspellend is voor valincidenten. Dit noem je *predictieve validiteit*. Daarbij wordt er gekeken of er een afkappunt kan worden gekozen met een goede *sensitiviteit* en *specificiteit*. Hierbij zegt sensitiviteit iets over de mate waarin het afkappunt patiënten met een verhoogd risico insluit (dus vals-negatieven). De specificiteit zegt iets over de mate

waarin het afkappunt patiënten uitsluit, die geen verhoogd risico hebben (dus vals-positieven). Bij een ideale test heeft het afkappunt met sensitiviteit en specificiteit van 100%. In de praktijk is dat niet zo. Het afkappunt wordt optimaal gekozen, en is afhankelijk van het doel van de test.

Een andere manier om hier iets over te zeggen is om de test niet te vergelijken met een gouden standaard (deze is meestal niet voorhanden), maar met andere tests die op hetzelfde domein meten. Dit heet **construct validiteit**.

De overeenstemming tussen testen bij criterium validiteit en construct validiteit wordt vaak uitgedrukt in een correlatiecoëfficiënt (Pearson r of Spearman ρ) die een waarde heeft tussen 0 (geen overeenstemming) en 1 (100% overeenstemming). Voor de interpretatie van deze waarden is gezond verstand een belangrijke basis. Als je bijvoorbeeld de scores op een balansinstrument vergelijkt met een scores op een ADL-schaal, dan verwacht je wel enige overeenstemming. Maar 100% overeenstemming is zeker niet te verwachten. Dan meet één van de schalen niet wat hij beoogt te meten.

Een derde manier om iets te zeggen over validiteit is **content validiteit**: daarin kijk je niet naar overeenkomst met andere instrumenten, maar naar de vraag of alle relevante aspecten aan bod komen en of er geen overbodige onderdelen zijn.

Responsiviteit:

Responsiviteit is de mate waarin het meetinstrument gevoelig is voor het meten van veranderingen. De beste manier om dit te meten is om te kijken in hoeverre de verandering in score overeenkomt met de verandering op een gouden standaard of op andere tests die hetzelfde domein meten. Hier wordt dan, net als bij criterium validiteit en construct validiteit gebruik gemaakt van correlatiecoëfficiënten (Pearson r of Spearman ρ).

In de praktijk worden vaak andere maten gebruikt, die eigenlijk meer zeggen over hoe groot de score moet zijn om boven de meetfout ('ruis') uit te komen. Dit wordt vaak uitgedrukt in **SDD** (Smallest Detectable Difference) of **RCI** (Reliability Change Index). De SDD is de berekening van het minimale verschil dat tussen twee metingen nodig is om te kunnen zeggen dat de verandering buiten de toevalsgrenzen valt. De grens voor toeval wordt hierbij meestal vastgesteld op 5%. De RCI is een vergelijkbare maat. Het betreft de berekening van de minimale procentuele verandering die nodig is om te kunnen zeggen dat de verandering buiten de toevalsgrenzen van de meetfout vallen.

Lijst van gebruikte afkortingen

10MLT	10 Meter Loop Test
6MWT	6 Minuten Wandel Test
BBS	Berg Balance Scale
BE	Bovenste Extremititeit
CBO	Eigenaam van kwaliteitsinstituut voor de zorg (oorspronkelijk opgericht als Centraal BegeleidingsOrgaan voor intercollegiale toetsing)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EMS	Elderly Mobility Scale
FAC	Functional Ambulation Categories
FAT	Frenchay Arm Test
FES-I	Falls Efficacy Scale – International
HHD	Handheld dynamometer
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
MAS	Modified Ashworth Scale
MI	Motricity Index
MRC	Medical Research Council
N-0-M	Neutrale-0-Methode
NPRS	Numeric Pain Rating Scale
OE	Onderste Extremititeit
PACSLAC-D	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate, Dutch version
PAI	Paratonia Assessment Instrument
POMA	Performance Oriented Mobility Assessment
RCI	Reliability Change Index
RPE	Rate of Perceived Exertion
SDD	Smallest Detectable Difference
TCT	Trunk Control Test
TUG	Timed Up and Go
UNCO-MOB	Universitaire Netwerken Consensus meetinstrumenten Ouderenzorg – MOBiliteit
UNO-VUmc	Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc
UKON	Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
VAS	Visual Analogue Scale

Bijlage 1. Taakopdracht

Onderwerp Taakopdracht consensustraject Mobiliteit
Datum 27 augustus 2013
Auteur Ruth Veenhuizen en Lizette Wattel

Taakopdracht Vervolgconsensustraject Mobiliteit (UNCO-MOB 2.0)

Algemene inleiding

Het Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc (UNO-VUmc) is in 2006 opgericht om door samenwerking meer kennis te krijgen over betere zorg voor kwetsbare ouderen.

Eén van de projecten die we hiervoor zijn gestart is het project Meetinstrumenten. Binnen dit project is het de bedoeling om binnen de ouderenzorg de beste meetinstrumenten te gebruiken. Wanneer deze op een goede manier gebruikt worden kunnen zij het zorgproces ondersteunen en daarmee leiden tot betere zorg.

In 2008 is er door fysiotherapeuten uit het UNO-VUmc en het Universitair Kennisnetwerk Nijmegen (UKON) een set meetinstrumenten mobiliteit ontwikkeld, bedoeld voor de ouderenzorg. Deze set heet Universitaire Netwerken Consensus Ouderenzorg – MOBiliteit (UNCO-MOB) en bestaat uit elf meetinstrumenten, omschrijvingen van deze instrumenten (inclusief testprotocollen en scoreformulieren) en afspraken over de momenten waarop deze worden afgenomen.

In 2011 is een evaluatie gehouden onder fysiotherapeuten en artsen van het UNO-VUmc. De uitkomst van deze enquête geeft een positief beeld over bekendheid en gebruik van de UNCO-MOB. De UNCO-MOB wordt gezien als een nuttige, overzichtelijke en praktische aanvulling op de behandeling, die een objectieve maat geeft om deze te evalueren. Inhoudelijk kunnen uitvoeringsdetails en testformulieren nog verbeterd worden. Er lijkt behoefte te zijn om de set uit te breiden tot een bredere set – niet alleen mobiliteit – voor geriatrische fysiotherapie en daarnaast binnen het domein mobiliteit nog extra subdomeinen te definiëren. Daarnaast blijkt uit de reactie van een aantal artsen dat de interpretatie van de meetwaarden lastig is.

Daarom wordt nu een vervolgtraject georganiseerd dat tot doel heeft de UNCO-MOB beter te laten aansluiten bij de wensen van het veld en te verbeteren met nieuwe wetenschappelijke inzichten.

Taakopdracht

1. Beoordeel of de **bestaande meetinstrumenten** uit de UNCO-MOB nog steeds voldoen als beste instrument.
2. Stel vast voor welke **nieuwe subdomeinen** binnen het domein mobiliteit behoefte is aan uitbreiding van de UNCO-MOB.
3. Stel vast aan welke **andere domeinen** binnen het vakgebied van geriatriefysiotherapie behoefte is aan uitbreiding van de UNCO-MOB, en beoordeel of deze domeinen ook moeten worden opgedeeld in subdomeinen.
4. Kies voor elk extra (sub)domein **één meetinstrument**.
5. Actualiseer / ontwikkel voor alle gekozen meetinstrumenten de **algemene beschrijvingen, de testprotocollen en de scoreformulieren**.
6. Formuleer een **advies** over op welke wijze er gerapporteerd wordt over dit traject
 - in een vaktijdschrift
 - binnen de instelling

Uitgangspunten

1. De voorkeur gaat uit naar een Nederlandstalige schaal, die internationaal bekend is en goede psychometrische eigenschappen heeft. Verder verdient het aanbeveling te kijken of er een goed alternatief gevonden kan worden binnen de MDS-RAI
2. Bij het bepalen van keuzes zijn richtlijnen van bijvoorbeeld beroepsverenigingen en eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg doorslaggevend.
3. Normen en systemen vanuit het veld zijn richtinggevend

Samenstelling:

Professionals	Fysiotherapeuten die willen meewerken aan het consensustraject binnen de 19 participerende instellingen van het UNO-VUmc worden uitgenodigd.
Deskundigen	Tijdens de eerste bijeenkomst worden geen externe deskundigen uitgenodigd en wordt beoordeeld of dit voor een vervolgbijsamenkomst gewenst is.
Ondersteuning	secretariële ondersteuning: Bernadette Jurriën voorzitterschap: Lizette Wattel

procesbegeleider: Ruth Veenhuizen	
Voorwerk	
Beschikbare documenten voor de 1 ^e bijeenkomst: <ul style="list-style-type: none"> - De UNCO-MOB – meetinstrumenten voor de ouderenzorg ("De" UNCO-MOB-map) - Verslag evaluatie UNCO-MOB Auteur: Lizette Wattel - UNCO-MOB - Literatuuronderzoek ter verbetering van de set UNCO-MOB, in samenwerking met het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) van het VUmc. Auteurs: Wouter Spaans en Brigitte van Duijvenbode - Overzicht meetinstrumenten uit relevante KNGF-richtlijnen 	
Inhoud consensustraject	
1 ^e bijeenkomst	<ul style="list-style-type: none"> - Toelicht projectopdracht - Voorlopige conclusie trekken t.a.v. nieuwe subdomeinen mobiliteit en extra domeinen binnen het vakgebied geriatriefysiotherapie: <ul style="list-style-type: none"> o Is er behoefte aan en past het binnen dit traject? o Welke domeinen zou je willen toevoegen? o Welke meetinstrumenten lijken het meest geschikt? - Voorlopige conclusie trekken ten aanzien van gewenste wijzigingen in algemene beschrijvingen, testprotocollen en scoreformulieren - Formulieren van vragen die nog beantwoord moeten worden om een definitieve keuze te kunnen maken
Vorbereiden 2 ^e bijeenkomst	<ul style="list-style-type: none"> - Naar aanleiding van de vragen die nog niet beantwoord zijn evt literatuuronderzoek doen, deskundigen raadplegen etc. - Conclusies uit 1^e bijeenkomst voorleggen aan het veld of evt externe deskundige
2 ^e bijeenkomst	<ul style="list-style-type: none"> - Discussie: met de hele consensusgroep visie en kennis delen en bepalen voorlopige keuze - Definitieve keuze bepalen - Afspraken maken mbt gebruik van de instrumenten - Bepalen consequenties voor eigen discipline en voor anderen - Voorstel doen voor rapportage
Tijdpad	
Werving fysiotherapeuten tbv consensustraject	Juni 2013
Vorbereiden en verzamelen gegevens	Juli en Augustus 2013
Consensusbijeenkomst 1	9 oktober 2013
Consensusbijeenkomst 2	December2013/Januari 2014?