



Evidence tabellen of Critical Appraisal

Deze tabellen zijn bijlage B
behorende bij Triage Instrument Revalidatiezorg

versie december 2012

Tabel 2**Author(s):** Dr. Maria GT Dolders**Date** 2012-02-03**Diagnose Group:** Planned Orthopedic surgery patients for knee, hip or shoulder**Goal:** to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameters (triage)

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Mandeville DS, 2009	<p>To describe a hierarchy of patient dysfunction prior to and following Total Knee Replacement (TKR) surgery, to prioritize pre-surgical (T0) and 6 months post-surgical (T1) rehabilitation and to assess the outcomes of conservative and surgical interventions</p> <p>T0 is within two weeks prior to surgery.</p>	Hypothesis I: the WOMAc measures were expected to be the most responsive variables for discriminating between groups prior to surgery (when the end-stage knee osteoarthritis group symptoms were highest).	N=40 volunteer subjects divided into N=20 TKR-group and N=20 healthy control group	<p>THR-group: average age 63.7 years. 15 females, 5 males. Mean BMI 32.9 kg/m². End-stage knee osteoarthritis (KOA) diagnosis Scheduled to receive a three-compartment posterior stabilized (17/20) or a cruciate retaining prosthesis (3/20)</p> <p>Control group: Average age 62.8 years, 14 females, 6 males Mean BMI 26.6 kg/m². No history of KOA</p>	Neurological or vestibular dysfunction, diabetes mellitus, Parkinsons disease, CVA

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>To enter the multivariate statistical ranking significant between group variables were chosen:</p> <p>WOMAC: Knee pain, knee stiffness, disability during ADL. Maximal score 100.</p> <p>Gait measures: Gait velocity m/s) Stride length (cm) Frontal knee moment (%BWBH) Moment of support stair (%BWBH) Ankle moment stair (%BWBH) Knee flexion angle stair (degree)</p> <p>ADL function</p>		<p>Because the nine prognostic factors can correlate a Principal Component Analysis was performed: creation of a weighted linear vector of the nine original variables</p> <p>A discriminant analysis was then used to determine which principal components were best predictors of group membership.</p>	<p>3 Principal components at T0:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. knee dysfunction: ADL function (0.83), level of walking frontal knee moment (0.82), knee pain (0.81), knee stiffness (0.76) (in order of ranking loadings on component) 2. Gait dysfunction: stride length (0.94), gait velocity (0.91) 3. 3 Stair ascent dysfunction: stair ascent knee flexion angle (0.94), moment of support (0.86). <p>Accounts for 84.5% of the variance of the total variance created by the original nine variables.</p> <p>Discriminant analysis T0: The 3 pc's were fitted to a linear model assigned standardized discriminant function coefficients. The knee dysfunction dimension (-1.08) contributed the most unique variance to group discrimination, followed by stair ascent dysfunction (0.74) and gait dysfunction (0.61)</p> <p>The linear model correctly predicted group membership for 94% of the cases analyzed.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Brennan G 2010	Description of clinical outcomes and postoperative utilization of physical therapy services within 4 categories of shoulder surgery	Two year retrospective cohort study	<p>Included: all patients who were referred to physical therapy following shoulder surgery from 2004 to 2006 at 12 outpatient physical therapy clinics</p> <p>Surgical categories are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. unidirectional instability repair (N=119) 2. rotator cuff repair (N=341) 3. rotator cuff repair with a subacromial decompression procedure (N=174) 4. subacromial decompression procedure (N=222) <p>Analysed: 856 patients</p>	<p>43.7% females</p> <p>Average age for females: 53.4 ±13.1 years</p> <p>Average age for males: 50.5 ± 14.9 years</p>	No patients were excluded

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 2*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
No prognostic factors mentioned	<p>Pain: Numeric Pain Rating Scale (0=no pain to 10=worst imaginable pain)</p> <p>Change in pain rating (initial visit-final visit)</p> <p>Disability: Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire (DASH)</p> <p>Number of physical therapy visits</p> <p>Length of stay in physical therapy</p> <p>% of patients achieving a minimally clinical important difference (a difference score of 15 points on the DASH)</p> <p>Outcome measures were collected only for surgical categories including more than 100 patients</p>	Descriptives	<p>Change in pain rating</p> <ol style="list-style-type: none"> Females: 2.8 ± 2.1 Males: 2.3 ± 2.6 Females: 2.5 ± 2.7 Males: 2.1 ± 2.5 Females: 3.1 ± 2.7 Males: 2.2 ± 2.4 Females: 2.9 ± 2.4 Males: 2.7 ± 2.7 <p>Overall minimal clinical important difference (MCID) in DASH in the 4 categories:</p> <ol style="list-style-type: none"> 92 of 119 is 77.3% 271 of 341 is 79.5% 151 of 174 is 86.8% 177 of 222 is 79.7% <p>Change in DASH</p> <ol style="list-style-type: none"> Females: 40.0 ± 23.3 Males: 29.5 ± 20.5 Females: 35.0 ± 25.0 Males: 34.3 ± 25.3 Females: 45.4 ± 19.9 Males: 36.2 ± 22.3 Females: 34.3 ± 20.6 Males: 29.3 ± 20.2

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 3*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
3	Crosbie J 2010	<p>To establish whether poor or good performers with respect to function (measured ambulation and patient-perceived status) at 8 and 26 weeks post-surgery could be predicted.</p> <p>Note: to recommend patients either to medical specialized rehabilitation or geriatric rehabilitation this article is irrelevant</p>	Retrospective analysis of RCT data involving 100 patients after TKR	N=50 poor or low function group: scores below median for 6MWT and scores above median for WOMAC functional difficulty at 2 weeks	<p>Males: 43.6%</p> <p>Aquatic treatment: 51%</p> <p>Age: 68.1 ± 7.8 years</p> <p>Height: 1.63 ± 0.1 meters</p> <p>Body mass: 82.7 ± 15 kg</p> <p>BMI: 31.1 ± 5.5 kg/m²</p> <p>Number of treatments: 10 (range: 1-12)</p> <p>3 or more co-morbidities: 50.5 %</p> <p>Total number of co-morbidities: 4 (range: 0-8)</p>	Not mentioned

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 3*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Gender, treatment (land or aquatic), age, height, body mass, BMI, numbers of treatment attended, co-morbidity (3 or more and total number)</p>	<p>6MWT (measured ambulation), WOMAC function (patient-perceived function) at 2, 8 and 26 weeks Pain with VAS (0</p>	<p>Analysis of Variance</p>	<p>At two weeks post-operatively no significant predictors for neither measured ambulation nor patient-perceived function.</p> <p>The high patient perceived function group at 26 weeks post operatively consisted of more males, taller patients, lower BMI and less co-morbidities (difference is one co-morbidity) than the low patient perceived function group.</p> <p>At 26 weeks post-operatively the high ambulation group had significantly less pain (change2-26 weeks: -1.0, 95%CI=-2.0 - -0.1) and better self-perceived function (change2-26 weeks: -3.6, 95%CI=-6.3 - -0.9) than the low ambulation group.</p> <p>At 8 and 26 weeks post operatively the high patient perceived function group had significantly lower VAS-pain scores (change2-8 weeks: -1.2, 95%CI=-2.0 - -0.5) (change2-26 weeks: -0.8, 95%CI= -1.4 - -0.2) and WOMAC pain (change2-8 weeks: -2.1, 95%CI=-3.3 - -0.9) (change2-26 weeks: -2.5, 95%CI= -3.3 - -1.7 and WOMC self-perceived function scores (change2-8 weeks: -7.3, 95%CI=-11.0 - -3.6)(change2-26 weeks: -8.0, 95%CI= -10.2 - -5.7) than the low patient perceived function group. The low function group had greater improvements between 2 and 26 weeks.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 2, Nr 4*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
4	Vincent HK, 2009	To determine the effect of BMI and hip abductor brace on inpatient rehabilitation outcomes after total hip replacement (THR)	Retrospective comparative study (4 years and 2 months) between obese (BMI ≥ 30) and non-obese patients after primary or revision THR	N=1947	<p>Inpatient rehabilitation 4.6 ± 0.8 days after surgery</p> <p>four stratification groups:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nonobese BMI < 25 (n=440) 2. overweight BMI 25-29.9 (n=633) 3. moderately obese BMI 30-40 (n=695) 4. severe obese BMI ≥ 40 kg/m² (n=179) <p>two stratification groups: brace users and no brace users</p>	N=90 because discharged after admission to rehabilitation

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Descriptive measures: Age, sex, ethnicity</p> <p>Physical measures: metabolic chemistry panel, complete blood count, vital signs, height and weight, number and type of co-morbidities (ICD-9), type of hip replacement procedure (primary or revision), weight-bearing status (tolerated, partial, non weight bearing)</p>	<p>FIM (functional independence measure) LOS (length of stay) Discharge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • home (with or without home health) • a skilled nursing facility • acute transfer back to hospital • assisted living 	<p>Chi-square tests ANCOVA (age, sex) on change FIM scores LOS Repeated measures, MANOVA on FIM scores from admission to discharge (dependent variable= FIM-scores, independent variables= BMI, time (admission, discharge), BMI*time-interaction term)</p>	<p>Obese patients were significantly younger than the other BMI-groups (63.1 ± 8.5 years versus 68.9 ± 9.7 years)</p> <p>Obese and moderately obese patients have 8.8-9.9% more bilateral surgery than non-obese patients (10.6%)</p> <p>LOS was 1.3 days longer in the non-obese group compared to the moderately obese group (10.1 ± 4.9 days)</p> <p>All BMI-groups achieved significant improvements in total FIM and FIM motor scores from admission to discharge (data not reported in article)</p> <p>Lower proportions of severely obese patients obtained modified or complete independence for FIM subscores of climbing stairs (16.2%) and tub transfers (29.1%) by discharge compared with non (climbing stairs: 27.5%, tub-transfers: 41.1%) and moderately obese (climbing stairs: 30.5%, tub-transfers: 36.8%) patients.</p> <p>No differences in brace versus non-brace groups in any BMI-group (age, sex, co-morbidity, surgery type) or changes in FIM-scores or subscores.</p> <p>Hip abductors are costly.</p>

Tabel 2a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item							Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item
		Source population or population of interest is adequately described	Sampling frame and recruitment are adequately described	Inclusion and exclusion criteria are adequately described	The baseline study sample is adequately described	There is adequate participation in the study	Proportion of study sample completing the study and providing outcome data is adequate	Outcome and prognostic factor information on those lost to follow up described	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	A clear definition or description of the prognostic factor measured is provided	Prognostic factor measure and method are adequately valid and reliable to limit misclassification bias	Method and setting of measurement are the same for all study participants
1	Mandeville, 2009	3	3	3	3	0	NA	NA	NA	5	5	5
2	Brennan 2010	1,5	0	1,5	3	3	5	NA	NA	5	5	0
3	Crosbie 2010	3	0	0	3	0	5	NA	NA	5	5	0
4	Vincent 2009	3	0	1,5	3	3	5	0	0	5	5	0
	Som van de scores	10,5	3	6	12	6	15	0	0	20	20	5
	Als percentage van max. score	% (10,5/12)	25% (3/12)	50% (6/12)	100% (12/12)	50% (6/12)	100% (15/15)	0% (0/5)	0% (0/5)	100% (20/20)	100% (20/20)	25 % (5/20)

Tabel 2b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			
		A clear definition of the outcome of interest is provided	The outcome measure and method used are adequately valid and reliable to limit misclassification bias	The method and setting of measurement are the same for all study participants	There is sufficient presentation of data to assess the adequacy of the analysis	The strategy for model building is appropriate and is based on a conceptual framework or model	There is no selective reporting of results	A clear definition or description of the prognostic factor measured is provided
1	Mandeville, 2009	5	5	5	5	5	5	52 (matig)
2	Brennan 2010	5	5	2,5	2,5	2,5	2,5	44 (laag)
3	Crosbie 2010	5	5	2,5	2,5	2,5	2,5	41 (laag)
4	Vincent 2009	5	5	2,5	2,5	2,5	2,5	43 (laag)
	Som van de scores	20	20	12,5	12,5	15	12,5	
	Als percentage van max. score	100% (20/20)	100% (20/20)	62,5% (12,5/20)	62,5% (12,5/20)	75% (15/20)	62,5% (12,5/20)	

Tabel 3**Author(s):** Dr. Maria GT Dolders**Date** 2012-01-05**Diagnose Group:** Collum fractures, hip fractures, hip replacements**Goal:** to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameters (triage)

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Penrod JD 2007	To find cluster solutions that generated enough groups to capture heterogeneity but that also described groups that made clinical sense.	Observational- longitudinal, multicenter combined cohort study Three cohort studies combined. Exclusion: in two cohorts absence of nursing home residents In one cohort, absence of patients with cogni- tive impairment	N=2692 hip fracture patients followed 6 months post fracture (data of three cohorts combined)	Hip fracture patients. In the combined cohort study 5% younger than 65 years.	Nursing home residents Cognitive impaired patients

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>pre fracture mobility: mobility independence (walks independently or with a device), mobility limited independence (needs human assistance or supervision to walk 150 ft or one block or able only to walk indoors), mobility dependence (unable to walk)</p> <p>pre fracture ADLs (bathing, dressing, feeding, using the toilet): independent is 4 activities independent, limited independent is 2-3 activities independent, dependent is 0-1 activity independent</p> <p>Age, sex, race (nonwhite), dementia (yes/no), and presence of comorbidity at baseline, DM, cancer, COPD/asthma, stroke, congestive heart failure and other heart conditions (e.g. angina pectoris, myocardial infarction and arrhythmia)</p>	<p>Mobility ADL limitations</p>	<p>Cluster analysis on age, sex, race, pre fracture mobility, pre fracture ADL limitations, comorbidity</p>	<p>Patients could be clustered correctly by knowing their age (< 75 years, 75-84 years, ≥ 85 years), ADL limitations (0-1, 2-3, 4) and dementia (yes/no). These groups have measurably different functional outcomes 6 months post fracture.</p> <p>In the cluster of patients younger than 75 years, 65.8% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of middle-aged patients (75-84 years) with pre fracture walking and ADL independency, 53.6% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of middle-aged patients (75-84 years) with pre fracture moderately independency in walking and ADL limitations, 17.1% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of old aged (≥ 85 years) patients walking independently pre fracture, 46.9% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of old aged (≥ 85 years) patients walking with assistance pre fracture, 36.9% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of old aged (≥ 85 years) patients most functional limited and a prevalence of 8.2% dementia, 25.4% is walking independently after 6 months.</p> <p>In the cluster of old aged (≥ 85 years) patients most functional limited and a prevalence of 94.3% dementia, 16.1% is walking independently after 6 months.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Hershkovitz A 2007	To assess whether and to what extent cognitive status affects functional gain in mobility and extended activities of daily living (ADL) in patients admitted to a geriatric day hospital.	9 months prospective cohort study. Inclusion: Orthopedic and stroke patients admitted to a day hospital unit of a geriatric rehabilitation center.	Included: 265 Analysed: 135	85 post stroke patients, 50 post orthopedic patients (hip fracture and joint replacement)	81 patients with deconditioning, 27 patients unable to be evaluated by MMSE, 22 patients illiterate.

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 2*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Gender, family status (married/partnered, not married/not partnered), educational level (elementary less than 10 years, high equal, higher than 10 years), MMSE at admission, FIM, cognitive subscale at admission, NEADI at admission, IADL at admission and TUG at admission</p>	<p>NEAI (Nottingham Extended ADL Index) IADL (Instrumental Activities of Daily Living) TUG (Timed get Up and Go test)</p> <p>Functional gain: Absolute functional gain (AFG)= (NEAI discharge-NEAIadmission) Relative functional gain(RFG) =AFG/maximum NEAI-NEAIadmission Relative improvement TUG(RI-TUG) =admissionTUG-dischargeTUG/admissionTUG</p> <p>Satisfactory functional gain was determined as RI-TUG and NEAI-RFG above 0.33, representing 33% of the studied population.</p>	<p>Predicting RI-TUG and RFG-NEADI above 0.33 by logistic regression.</p> <p>Independent variables: age, sex, family status, education level, MMSE, Length of stay (LOS)</p>	<p>Cognitive status neither alone, nor in association with various demographic variables (age, gender, family status and education level) can be used to predict RI-TUG.</p> <p>Cognitive status has a predictive value for NEAI-RFG (OR=1.2, CI 95% 1.055-1.365)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 3*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
3	Young Y, 2010	To identify the nature and extent of variation or heterogeneity in functional recovery among older adults with hip fractures.	<p>One year longitudinal cohort study.</p> <p>Inclusion: Age 65 years or older Community dwelling Admitted to one of five rehabilitation sites</p> <p>Primary diagnosis: hip fracture (ICD-9) Surgical procedure for first time Non-pathological fracture MMSE>23</p> <p>Exclusion: no metastatic cancer Alzheimer disease dementia</p>	<p>Included: 225</p> <p>Analysed: 225, completed interview</p> <p>N=25 outliers, individually different from the average patient (group mean)</p>	<p>years or older Community dwelling Admitted to one of five rehabilitation sites Primary diagnosis: hip fracture (ICD-9) Surgical procedure for first time Non-pathological fracture MMSE>23 Completed interview at postacute rehabilitation, two, six and 12 months after postacute rehabilitation.</p>	

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 3*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Sociodemographics: age, gender, race, education, social status: living arrangements (living alone vs living with others, count of children, relatives, siblings, friends (0=no, 1=yes) help with daily tasks at baseline, health status: self reports of chronic conditions self-rated health (1=excellent, 5=poor), functional status: prefracture ADL and IADL</p>	<p>Physical ADL and IADL: scale (0 = completely independent to 12 = completely dependent) Functional status: 12 items from the Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (MFAQ) of the Older American Resources and Services (OARS) instrument</p>	<p>A linear fixed and random effects regression model was used to examine factors associated with time-dependent change in functional recovery (during the one year period following postacute rehabilitation)</p>	<p>Predictors on ADL functional recovery: Time ($\beta = -0.33, p < 0.0001$), time*time ($\beta = 0.02, p = 0.0002$), vision impairment ($\beta = 1.78, p < 0.0001$), stroke ($\beta = 0.90, p = 0.0004$), self-rated health ($\beta = 0.34, p < 0.0001$), time*vision impairment ($\beta = -0.12, p < 0.0001$), time*baseline ADL/IADL ($\beta = 0.05, p < 0.0001$)</p> <p>Predictors on IADL functional recovery: Time ($\beta = -0.39, < 0.0001$), Time*time ($\beta = 0.02, p < 0.0001$), age ($\beta = 0.04, p = 0.004$), having social support ($\beta = -0.61, p = 0.01$), vision impairment ($\beta = 1.48, p < 0.0001$), stroke ($\beta = 0.55, p = 0.02$), assisted device use ($\beta = 0.40, p = 0.04$), self-rated health ($\beta = 0.25, p = 0.0002$), ADL/IADL at baseline ($\beta = -0.61, p = 0.01$), time*vision impairment ($\beta = -0.09, p = 0.0004$), time*baseline ADL/IADL ($\beta = 0.09, p = 0.003$), time2*baseline ADL/IADL ($\beta = -0.005, p = 0.02$)</p> <p>Interactions: patients with impaired vision or baseline ADL were less likely to manifest ADL or IADL functional recovery than their counterparts with better vision or baseline ADL/IADL (and this varied notably over time, indicated by interactions of time)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 4*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
4	Adunsky A, 2002	To predict the effectiveness of the rehabilitation process	<p>12 months starting from January 1998, retrospective cohort study</p> <p>Inclusion: Patients undergoing inpatient comprehensive rehabilitation</p> <p>Exclusion: patients with another major medical problem (CVA, multiple trauma or psychiatric disorders such as extremely severe dementia)</p>	<p>N=157 included</p> <p>N=143 analyzed</p>	Patients undergoing inpatient comprehensive rehabilitation	<p>10 patients had severe medical problems</p> <p>4 patients had major psychiatric problems</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 4*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Clock Drawing Task(CDT) (the accent is on this); cutoff > 6 points is cognitive intact, ≤ 6 points is cognitive impaired</p> <p>Mini-Mental State Examination (MMSE); ≤ 24 points = cognitive impaired</p> <p>Functional status outcome by Functional Independence Measure (FIM), Cognitive FIM (cogn-FIM)</p>	<p>Absolute efficacy=FIMdischarge-FIMadmission</p> <p>Absolute efficiency= absolute efficacy/Length of Stay</p> <p>Relative efficacy=absolute efficacy/126-FIMadmission</p> <p>Relative efficiency=relative efficacy/Length of Stay</p>	<p>Change scores between discharge and admission for functional scores</p> <p>Stepwise logistic regression to predict success or failure in relation to mean values of relative efficacy or efficiency</p>	<p>Mean (± sd) change on TotalFIM = 18.03 ± 8.86, p<0.001</p> <p>Mean (± sd) change on MotorFIM = 17.31 ± 8.47, p<0.001</p> <p>Mean (± sd) change on CognFIM = 0.72 ± 1.35, p<0.001</p> <p>MMSE, CDT, CognFim do not predict success or failure in relative efficacy or relative efficiency in functional status vt(no data presented).</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 5*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
5	Atalay A, 2007	To investigate the possible predictors of mobility in medically unstable elderly patients with hip fractures	Three year prospective cohort study. Letter to the Editor	N=35 patients aged 65 and older operated on for unilateral postfall hip fractures	aged 65 and older, unilateral postfall hip fractures	4 patients excluded because of early discharge (LOS less than 1 week) and 1 patients had multiple fractures.

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 5*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Age, sex, LOS, comorbid medical problems, presence of dementia, presence of depression, incontinence at admission, presence of decubitus ulcers</p>	<p>Unfavorable treatment outcome defined as inability to walk with or without any assistive devices.</p>	<p>Chi-square tests to compare patients younger than 85 years with patients aged 85 years or older.</p> <p>Chi-square tests to compare patients with a Charlson Comorbidity Index > 2.8 and patients with a Charlson Comorbidity Index ≥ 2.8</p> <p>Type 1 failures because wrong statistical analyses.</p>	<p>Factors affecting rehabilitation outcome negatively are: presence of incontinence (p=.006), decubitus ulcers (p=.004) and arterial fibrillation (p=.04).</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 6*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
6	Haentjens P, 2005	Exploration of potential predictors of functional outcome one year after the hip fracture injury	<p>One year prospective cohort study</p> <p>Inclusion: Elderly women with a displaced intracapsular hip fracture treated with either internal fixation, hemiarthroplasty or total hip replacement</p> <p>Exclusion: history of previous hip fractures, Pathologic fracture resulting from metastatic disease</p>	<p>N=170 agreed to participate</p> <p>Patients declined because they did not want to participate in a longterm study.</p>	<p>N=84 elderly women with a displaced intracapsular hip fracture treated with either internal fixation, hemiarthroplasty or total hip replacement</p> <p>N=74 alive at one year after hospital discharge, completed the entire testing protocol</p> <p>N=14 internal fixation, N=44 hemiarthroplasty, N=16 total hip arthroplasty</p>	<p>N=1 patient died during initial hospital stay.</p> <p>N=8 died during follow-up period of one year.</p> <p>N=1 patient with hemiarthroplasty withdrawn from study because of incomplete rapid disability rating scale RDRS-2 questionnaire</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 6*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
Age, neuropsychiatric disorders, comorbidity (none or one, ≥ 2), prefracture residence, surgical treatment type (internal, hemi or total)	Rapid disability rating scale (range 18-72), higher is poorer function	Multiple regression analysis	<p>In hospital predictors for discharge are: increasing age ($\beta = 0.006$, $p=0.005$), prefracture residence (living in institution vs living in own house) ($\beta = 0.087$, $p=0.034$).</p> <p>After hospital discharge predictors for functional outcome at one year are: increasing age ($\beta = 0.004$, $p=0.018$), RDRS-2 scores at hospital discharge ($\beta = 0.599$, $p=0.001$), and surgical treatment type (total hip arthroplasty vs internal fixation) ($\beta = 0.109$, $p=0.021$).</p> <p>Total hip arthroplasty was associated with worse function after one year.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 7*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
7	HersHKovitz A 2007	To identify factors associated with post-acute rehabilitation outcome of disabled elderly patients with proximal hip fracture	Retrospective cohort	N=149 elderly patients with hip fractures N=133 elderly patients with hip fractures completing an inpatient rehabilitation programme	N=27 male patients N=106 female patients Average age 80 ± 6.6 years N=43 patients had a caregiver N=52 had a high education level of more than 10 years	N=11 patients died N=5 patients were admitted to an acute hospital because of worsening medical condition

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Age, sex, education level, presence of caregiver, weight-bearing instructions, prefracture functional level, latency time (=time delay from fracture to surgery), albumin level on admission, comorbidity, cognitive functional level (MMSE), admission functional level (FIM, motor FIM), depression diagnosis (medical history or clinically)</p>	<p>Mean FIM discharge score, mean motor FIM discharge score, absolute functional gain FIM, absolute functional gain motor FIM (=discharge score minus admission score), relative functional gain FIM, relative functional gain motor FIM(=absolute functional gain divided by maximum score minus admission score), rate of improvement (=absolute functional gain divided by length of stay (LOS)), LOS, discharge destination (home vs nursing home)</p>	<p>Multivariate linear regression to identify most important factors predicting discharge scores on the FIM and motor FIM, relative functional gain on the FIM and motor FIM and LOS</p> <p>Logistic regression was used to find the most predictive variables for returning home.</p>	<p>Mean FIM admission score 62.5 ± 19.2 Mean FIM discharge score 76.4 ± 23.9 AFG on FIM 13.9 ± 10.6 RFG on FIM 0.25 ± 0.19 RI on FIM 0.56 ± 0.47 LOS (in days) 33.2 ± 21.4</p> <p>Predictors of FIM-discharge: MMSE (β=.571, p<.001) Albumin level (β=.250, p<.001) Prefracture function level (β=.206,p=.005) Increasing cognitive levels were strongly associated with increasing FIM discharge scores, followed by increasing albumin levels on admission and higher prefracture functional status. The 3 factors accounted for 57.2% of the variance in FIM discharge scores.</p> <p>Predictors of LOS: MMSE (β=-.266, p=.007) Albumin levels (β=-.217, p=0.26) Depression (negative predictor) (β=.284, p=.004) Increasing cognitive levels were strongly associated with a shorter length of stay, followed by increasing albumin levels. Depression was associated with a longer LOS. The 2 positive predictors (MMSE and Albumin level) accounted for 18.9% of the variance in LOS.</p> <p>Predictors for returning home on termination of the rehabilitation program:</p> <p>Presence of caregiver: OR=8.881, 95% Confidence Interval (CI)= 1.755-44.947 MMSE-score: OR=1.112, 95%CI= 1.027-1.203 Depression (negative predictive value): OR=0.298, 95%CI= 0.106-0.839</p>

► *vervolg tabel 3, Nr 8*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
8	Holstege M 2011	To determine specific muscle groups measured preoperatively that can predict short term functional recovery in patients undergoing primary unilateral total hip replacement (THR)	Prospective observational study with a pre-operative inception cohort	N=55 patients scheduled to undergo primary unilateral THR N=39 at follow up 6 weeks N=37 at follow up 12 weeks N=37 analysed,	patients scheduled to undergo primary unilateral THR Mean age 72.1 ± 6.4 years at follow up, 28 females 22 comorbid condition	Dropout at 6 weeks: did not participate in joint care program (N=9), personal reasons (N=2), hip luxation and revision operation and revision operation (N=1), Excluded from operation due to cardiac problems (N=1), cardiac problems (N=1), femur fracture (N=1), THR heterolateral during follow up (N=1) Drop out at 12 weeks: personal reasons (N=1), hip luxation and revision operation (N=1)

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 8*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Strength measurement with a hand held dynamometer (HHD) to measure isometric strength of the flexors and extensors of the knee and abductors of the hip. Performance based measures deal with functional performance in stead of true ADL performance measured with TUG (Time up and go) and 6MWT (minute walk test)</p> <p>Self-reported measures for functional recovery by SF-36 MH (5 items) and WOMAC-PF (17 items)</p> <p><i>Subjective pain by VAS (0=no pain, 10=worst pain)</i></p>	<p>Functional recovery at 12 weeks by WOMAC PF score.</p> <p>Correcting for age, sex BMI, baseline WOMAC PF-scores</p>	<p>Multivariable linear regression analysis</p>	<p>Predictor of functional outcome at 12 weeks:</p> <p>Knee extensor strength of the operated side : $\beta = -.105$, $p = .004$</p> <p>Corrected for age, sex, BMI, baseline WOMAC PF scores, β coefficients represent the difference in WOMAC pF scores per unit increase in the dependent variable.</p> <p>For example, $\beta = -.105$ for knee extensors indicates that per 1-N higher knee extensor measure preoperatively, 12 week WOMAC PF score is 105 point lower. Thus, a patient with 20-N higher preoperatively strength has on average a $20 \times .105 = 2$ points lower (means better) WOMAC PF score at 12 weeks post-operatively.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 9*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
9	Maggi S 2010	To examine the impact of time to surgery on mortality and disability at 6 months after hospitalization	Multicentre (9), prospective two years and 8 months cohort study	N=3703 patients aged 50 years and over during hospitalization for hip fracture and 6 months follow up	<p>N=3288 fragility (defined as fracture caused by a fall from a standing position) fractures</p> <p>N=2010 analysed patients, completed follow up</p>	Loss to follow up: 463 patients died (102 at discharge, 361 between discharge and follow up), 815 patients were lost or refused to participate. These patients were older and more institutionalized

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3, Nr 9*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Baseline measures: age, gender, living arrangement, pre-fracture walking ability (self evaluation at telephone interview), walking aid (telephone interview), type and reason of fracture, time to surgery, type of surgery, date and destination of discharge (by doctor or skilled nurse), osteoporosis treatment (by doctor or skilled nurse), mortality (by proxy), ASA grade</p>	<p>Mortality Walking disability (walk only accompanied, walk in the home accompanied, but do not go outside, unable to walk versus walk alone, walk alone in the home and accompanied outside)</p>	<p>Cox-analysis (mortality) Logistic regression analysis (walking disability)</p>	<p>Zie volgende pagina ►</p>

vervolg tabel ►

Results	
<p>Factors associated with risk of dead: Gender: HR=0.41, 95%CI=0.33-0.52 Age: HR=1.08, 95%CI=1.06-1.09 ASA-grade IV/V: HR=2.80, 95%CI=1.28-6.14 (other grades not significant) Prefracture walking ability: HR=1.45, 95%CI=1.10-1.92 for walking alone, HR=1.71, 95%CI=1.27-2.29 for walking accompanied or unable to walk</p> <p>Time to surgery from admission >48 hours: HR=1.63, 95%CI=1.16-2.30 (less than 48 hours not significant) Center not significant</p> <p>Conclusion: Older men with ASA grade IV or V operated after 48 hours after admission have a higher risk to die.</p> <p>Factors associated with walking disability: Gender not significant Age: OR=1.09, 95%CI=1.07-1.10 ASA-grade III: OR=2.09, 95%CI=1.22-3.58 ASA-grade IV/V: OR=4.09, 95%CI=2.25-7.43 Prefracture walking ability: OR=2.97, 95%CI=2.26-3.89 for walking alone, OR=8.03, 95%CI=5.45-11.82 for walking accompanied or unable to walk</p> <p>Time to surgery: 24-48 hours: OR=1.52, 95%CI=1.04-2.21 >48 hours: OR=1.46, 95%CI=1.06-2.03</p> <p>Center: 2: OR=2.92, 95%CI=1.39-6.15 4: OR=2.26, 95%CI=1.15-4.48</p> <p>Osteoporotic therapy at discharge: OR=0.75, 95%CI=0.57-1.00</p> <p>Conclusion: Walking disability at follow up was associated with older age, ASA-grade \geq III, walking impairment before fracture, time to surgery after 24 hours. Centers 2 and 4 presented a higher risk of walking impairment compared to the referent center. Being prescribed osteoporotic therapy at discharge had a protective effect against the risk of walking disability.</p>	<p>ASA grade (I=healthy, II=mild systemic disease with no functional limitation, III=severe systemic disease with definite functional limitation, IV=severe systemic disease that is a constant threat to life, V= moribund patient who is not expected to survive for 24 hours with or without surgery).</p>

Tabel 3a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item					Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item		
		Source population or population of interest is adequately described	Sampling frame and recruitment are adequately described	Inclusion and exclusion criteria are adequately described	The baseline study sample is adequately described	There is adequate participation in the study	Proportion of study sample completing the study and providing outcome data is adequate	Outcome and prognostic factor information on those lost to follow up described	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	A clear definition or description of the prognostic factor measured is provided	Prognostic factor measure and method are adequately valid and reliable to limit misclassification bias	Method and setting of measurement are the same for all study participants
1	Penrod, 2007	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	2,5
2	Hershkovitz, 2007	3	3	1,5	3	3	0	0	5	5	5	5
3	Young, 2010	3	3	3	3	0	5	0	0	5	5	5
4	Adunsky, 2002	1,5	1,5	3	3	0	2,5	0	0	5	5	5
5	Atalay, 2007	1,5	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5
6	Haentjens, 2005	3	3	3	3	1,5	2,5	0	0	5	5	5

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 3a*

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item					Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item		
		Source population or population of interest is adequately described	Sampling frame and recruitment are adequately described	Inclusion and exclusion criteria are adequately described	The baseline study sample is adequately described	There is adequate participation in the study	Proportion of study sample completing the study and providing outcome data is adequate	Outcome and prognostic factor information on those lost to follow up described	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	A clear definition or description of the prognostic factor measured is provided	Prognostic factor measure and method are adequately valid and reliable to limit misclassification bias	Method and setting of measurement are the same for all study participants
7	Hershkovitz, 2007	1,5	1,5	0	3	3	5	5	0	5	5	5
8	Holstege, 2011	3	1,5	1,5	3	1,5	2,5	0	0	5	5	5
9	Maggi, 2010	3	1,5	1,5	3	3	5	5	5	5	5	5
	Som van de scores	22,5	18	16,5	24	15	27,5	15	15	45	45	37,5
	Als percentage van max. score	83% (22,5/27)	67% (18/27)	61% (16,5/27)	89% (24/27)	56% (15/27)	61% (27,5/45)	33% (15/45)	33% (15/45)	100% (45/45)	100% (45/45)	83% (37,5/45)

* Detailed descriptions of the study design, recruitment strategy, participants' characteristics, outcome assessment and statistical analysis are reported in another article.

Tabel 3b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			
		A clear definition of the outcome of interest is provided	The outcome measure and method used are adequately valid and reliable to limit misclassification bias	The method and setting of measurement are the same for all study participants	There is sufficient presentation of data to assess the adequacy of the analysis	The strategy for model building is appropriate and is based on a conceptual framework or model	There is no selective reporting of results	A clear definition or description of the prognostic factor measured is provided
1	Penrod, 2007	5	5	5	5	5	5	52 (matig)
2	Hershkovitz, 2007	5	5	5	2,5	5	0	56 (matig)
3	Young, 2010	5	5	5	5	5	5	63,5 (goed)
4	Adunsky, 2002	5	5	5	0	2,5	2,5	41,5 (matig)
5	Atalay, 2007	0	0	0	2,5	2,5	0	16,5 (laag)
6	Haentjens 2005	5	5	5	5	5	5	61 (goed)
7	Hershkovitz, 2007	5	5	5	5	5	5	64 (goed)
8	Holstege, 2011	5 0	5	5	5	5	5	53 (matig)
9	Maggi, 2010	5	5	5	5	5	5	72 (goed)
	Som van de scores	40 89%	40 89%	40 89%	35	40	32,5	
	Als percentage van max. score	89% (40/45)	89% (40/45)	89% (40/45)	78% (35/45)	89% (40/45)	72% (32,5/45)	

Tabel 4

Author(s): Dr. Maria GT Dolders

Date 2012-02-05

Diagnose Group: Amputee patients

Goal: to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameters (triage)

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Brunelli S, 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. To evaluate the level of mobility and autonomy after inpatient rehabilitation treatment 2. to identify factors influencing ADL's and locomotor functional status 	5 year retrospective study 5 year retrospective study	<p>N=4725 amputees (transfemoral amputation) with hemiparesis following stroke N=402 patients with transfemoral amputation N=4323 patients with hemiparesis following stroke. Of these N=56 patients with dual impairment. These were admitted for rehabilitation for the first time after the onset of the second impairment</p> <p>N=45 included in study (30 men, 15 women)</p> <p>Mean age: 69 ± 9 years (range 38-87)</p>	<p>Criteria: Before onset of the second impairment, those with previous hemiparesis had walked without aids or with 1 cane, and those with previous amputation had ben prosthetic users. Transfemoral amputation was necessitated by peripheral vascular disease due to diabetes or arteriosclerosis Absence of severe consequences of stroke Intact mental status (MMSE > 26) Stable clinical condition</p>	N=11 excluded patients who did not meet inclusion criteria

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 4, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Measurements during hospitalization: Side of amputation Cause of amputation Side of hemiparesis Sequence of impairments Severity of hemiparesis Time interval between impairments, LOS in rehabilitation hospital ADL by Barthel Index Ambulatory skill by Locomotor Capability Index (LCI), (0=not able, 3=able to accomplish activity alone), 14 item scale with maximum of 42. The higher score, the better independence.</p>	<p>Effectiveness of Barthel calculated as: Discharge score minus admission score divided by maximum score minus admission score multiplied by 100.</p>	<p>Multiple regression analysis to assess whether laterality of impairment, severity of hemiparesis, age and side of hemiparesis had the greatest influence on the Barthel Index effectiveness.</p> <p>A logistic regression analysis to assess whether laterality of impairment, severity of hemiparesis, age and side of hemiparesis had the greatest influence on the low (≤ 16) LCI score.</p>	<p>The Barthel Index effectiveness score was affected by severity of hemiparesis; the better scores were statistically related to mild hemiparesis ($\beta = -0.62$, $p < .001$).</p> <p>LCI score (≤ 16) influenced by laterality of the impairment: patients with contralateral dual impairment compared to those with ipsilateral impairment had an odds ratio of 7.22, 95%CI=1.68-31.04) to have a low LCI at discharge.</p>

vervolg tabel ►

► vervolg tabel 4

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)	Prognostic factors/ determinants/ measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Result
2	De Laat F, 2010	To investigate the construct validity and test-retest reliability of the climbing stairs questionnaire in lower limb amputees								Article rejected from review because of goal
3	Franchignoni F, 2004	To assess the reliability, validity and responsiveness of both the standard and revised Locomotor Capabilities Index in lower limb amputees								Article rejected from review because of goal
4	Gardiner M, 2002	To find a more clinical usefull outcome measure specifically tailored for lower limb amputees by performing an inter-rater reliability study								Article rejected from review because of goal
5	Deathe A, 2009	To identify the lower extremity amputee rehabilitation outcome instruments that quantify those outcomes that have been classified within the ICF category of 'activities'.	Systematic review		Literature associated with outcome measurements in lower extremity amputee rehabilitation		Extraction of metric properties such as reliability, validity and responsiveness to change			Article rejected from review because of goal and extraction of metric properties.

Tabel 5

Date October 2011

Diagnose Group: Cardiovascular diagnoses (not CVA)

Goal: to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameters

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Opasich, 2010	<p>A) Vaststellen of een screening op frailty het postchirurgische beloop, functionele beperking en disability kan voorspellen</p> <p>B) Vaststellen of een speciaal FT-programma, aangepast op mate van frailty en gericht op verbeteren zelfstandigheid en mobiliteit, een betere uitkomst geeft dan het gewone FT-programma</p>	<p>Prospectief cohortonderzoek</p> <p>Exclusie: MSSE <20</p> <p>Inclusie: Patiënten op cardiologieafdeling die medisch stabiel waren na cardiale ingreep, ouder dan 70</p>	<p>Geincl. 240 (interventie 160, controle 80) Geanalyseerd: 224 (150 interventie), 74, controle)</p> <p>1 exclusie wegens MMSE<20 2 overleden, 4 transfer naar andere afdeling, 2 weigerden, 7 konden niet worden ontslagen wegens blijvende afhankelijk</p>	<p>70-plussers die hartoperatie ondergingen.</p> <p>Verschillen: In-hospital after surgery days 10,5 +/- 1,4 6-min loopafstand 2818,8 +/- 93</p>	<p>70-plussers die hartoperatie ondergingen</p> <p>Verschillen: In-hospital after surgery days 11,4 +/- 4,3 6 min loopafstand 195.3 +/-86</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 5, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>A) Frailty (ernstig, matig, afwezig), gebaseerd op: 5 meter Get Up & Go test + dynamische BPOMA (balanstest).</p> <p>B) Aangepast FT-programma</p>	<p>A1) Charlston comorbidty index A2) Linker ventrikelfunctie (LVEF) A3) Hb A4) In-hospital after surgery days (dagen op chirurgie-afdeling) A5) Nursing needs A6) EuroQOL kwaliteit v leven A7) Armcurl (kracht bovenste extr) A8) Chair stand (kracht onderste extr) A9) 6 minuten loopafstand A10) Aantal dagen revalidatie in ziekenhuis</p> <p>B: verschil voor en na FT: B1) Nursing needs B2) BPOMA B3) Get up & go (s) B4) Arm curl B5) Chair stand B6) 6min loopafstand B7) EuroQOL</p>	<p>Univariaat, general linear model analysis</p> <p>Baseline karakteristieken: chikwadraat en one-way ANOVA</p> <p>Verband tussen frailty & beloop, functionele beperking en disability: 2-factor analysis of variance, Fishers' least significant difference test</p> <p>Verband FT en uitkomst: general linear model analysis, correctie voor verschil in baseline karakteristieken.</p> <p>3 frailtygroepen vergelijken: t-test for paired samples</p>	<p>Groep 1: 15 ernstig rail, 71 matig frail, 64 niet frail. Geen associatie tussen frailty en Charlston comorbidity index, LVEF. Hoe meer frailty: - hoe hoger leeftijd - hoe lager Hb - hoe hoger in-hospital after surgery days - meer nursing needs - lagere EuroQOL - slechtere functionele uitkomstmaten voor en na FT - hoe meer revalidatiedagen</p> <p>Beide groepen verbeterden tijdens revalidatie significant op alle uitkomstmaten.</p> <p>Verskil normale FT versus interventiegroep: - Interventiegroep had significant betere nursing needs, BPOMA, Get-up-and-go, arm curl en Chair stand, aantal revalidatiedagen (alles p 0.012 of lager)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 5, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Samsone 2002	Evalueren of er een verschil in uitkomst is tussen patiënten die met een lage graad van functionele zelfstandigheid klinische cardiale revalidatie volgens versus ten opzichte van patiënten die met een hoge graad van functionele zelfstandigheid cardiale revalidatie volgen	Retrospectief cohortonderzoek obv statusonderzoek Inclusie: Alle patiënten die werden opgenomen voor klinische cardiale revalidatie (dit zijn patiënten die goed genoeg waren om te revalideren maar nog niet in aanmerking kwamen voor poliklinische revalidatie door frailty of gebrek aan mantelzorg thuis) na hartoperatie of acuut cardiaal event. Overige inclusiecriteria: geen post-chirurgische wondinfectie, mentale en fysieke capaciteit om te revalideren, geen actieve angina pectoris, stabiele hartenzymen, aritmie onder controle, bloeddruk pols en ademfrequentie binnen een range die patiënten de mogelijkheid gaf om zich in te kunnen spannen	Geincl. 143 Geanalyseerd: 143	52 % vd patiënten was na hartoperatie, 48% na acuut cardiaal event 48%(infarct of congestive heart failure), Gem. leeftijd 70 jaar (33-98). Totaal 143 patiënten,	Nvt

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 5, Nr 2*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Meetinstrument: FIM-instrument (functional independence measure)-> meet mobiliteit en cognitie</p> <p>Leeftijd, geslacht, roken, aantal comorbiditeit, primaire diagnose, FIM bij opname, FIM bij ontslag, opnameduur</p>	<p>FIM-score na revalidatie, FIM-verandering, FIM-toename per week, Opnameduur, ontslagbestemming.</p> <p>Ook gekeken naar verschil tussen 2 groepen: lage FIM (<72) vs hoge FIM (>72)</p>	<p>Univariate: verschil FIM bij opname en ontslag dmv Wilcoxon signed ranktest. Mann-Whitney U-test om FIM-verandering, FIM-toename per week, en opnameduur tussen de twee groepen (lage FIM bij opname vs hoge FIM bij opname) te vergelijken</p> <p>Associatie tussen voorspellende factoren: Spearman rank order correlatie-coefficients (p). Verschil in ontslag bestemming tussen de twee groepen (lage FIM bij opname vs hoge FIM bij opname) dmv Chikwadraat.</p> <p>Multivariate: model om de ontslagbestemming te voorspellen baseline karakteristieken en FIM bij ontslag en opnameduur</p>	<p>De gemiddelde FIM steeg van 90 bij opname naar 113 bij ontslag (P<0.001) 109 van de 143 patiënten (76%) werd naar huis ontslagen. Gemiddelde opnameduur 17 dagen.</p> <p>Correlatie tussen voorspellende factoren: Hoe slechter FIM bij opname, hoe langer de opnameduur (p=-0.47, P=<0.001). Langere opnameduur -> slechtere FIM bij ontslag (p=-0.37, P=<0.001). Ook correlatie tussen wel ontslag naar huis en betere FIM-score bij (p=p=0.23, P=<0.001) en betere FIM-score bij ontslag (p=0.39, P<0.001).</p> <p>Correlatie hoge FIM bij opname en hoge FIM bij ontslag: p=0.78, P<0.001. Diagnose cardiale chirurgie -> hogere FIM bij ontslag (p=0.21, P<0.01), Hogere leeftijd gecorreleerd met lagere FIM bij opname (p=-0.20, =0.02) en lagere FIM bij ontslag (p=p=-0.22, P=0.08) en minder vaak de diagnose hartchirurgie (p=-0.23, P=0.005)</p> <p>Vergelijking tussen groep met lage FIM (FIM<72 n=71) vs groep met hoge FIM (FIM>72, n=71): Bij lage FIM langere opnameduur (23 vs 15 dagen, z=-4.2, P<0.001), minder toename FIM per week (4.8 vs 8.6, z=-3.07, P=0.02), minder ontslag naar huis (chikwadraat=12.8, P=0.005,</p> <p>Multivariate analyse: FIM-score bij ontslag (chikwadraat 4.67, P<0.001), FIM-score bij opname (chikwadraat -3.22 P=0.001), en opnameduur (chikwadraat -2.48, P=0.01) waren de beste voorspellers voor ontslag naar huis (in die volgorde) Het model voorspelde in 84% vd gevallen de ontslagbestemming juist.</p>

Tabel 5a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item										
Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item												
Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item												
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitvallers	Beschrijving van redenen van uitval en gevolgen voor resultaten van de studie	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
1	Opasich 2010	3	3	1,5	3	3	5	2,5	2,5	5	5	5
2	Samsone 2002	3	3	1,5	3	3	5	5	5	5	2,5	5
Som van de scores		6	6	3	6	6	10	7,5	7,5	10	7,5	10
Als percentage van de max. score		100% (6/6)	100% (6/6)	50% (3/6)	100% (6/6)	100% (6/6)	100% (10/10)	75% (7,5/10)	75% (7,5/10)	100% (10/10)	75% (7,5/10)	100% (10/10)

Tabel 5b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			≥60: goed 45-60: matig <45: laag
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde	Er zijn voldoende gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	
1	Opasich 2010	5	5	5	5	2,5	5	66 (goed)
2	Samsone 2002	5	2,5	5	5	2,5	5	66 (goed)
	Som van de scores	10	7,5	10	10	5	10	
	Als percentage van max. score	100% (10/10)	75% (7,5/10)	100% (10/10)	100% (10/10)	50% (5/10)	100% (10/10)	

Tabel 6

Author(s): naam AIO's en naam begeleider

Date 2011-10-23

Diagnose Group: Overig- neurologisch

Goal: to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameters

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Devitt 2003	<p>Kijken welke factoren voorspellend zijn voor "occupational performance outcome" op lange termijn bij volwassenen na matig ernstig tot ernstig traumatisch hersenletsel.</p> <p>"Occupational performance outcome = de mogelijkheid om betekenisvolle bezigheden te kiezen en uit te voeren waaronder zelfzorg, vrijetijds-besteding en een bijdrage leveren aan het sociale en economische verkeer in de samenleving</p>	Retrospectief cohort-onderzoek obv status-onderzoek en patiënten-interviews	<p>642 geschikte patiënten, waarvan 600 konden worden opgespoord. 128 waren overleden, 82 woonden te ver weg om te kunnen interviewen, 52 weigerden en 30 waren lost to follow up.</p> <p>Geanalyseerd: n = 306</p>	<p>71,6% vd patiënten had letsel als gevolg van een ongeluk met een motorvoertuig.</p> <p>Gemiddelde leeftijd ten tijde van letsel 30,1 (14-74 jaar), gemiddelde leeftijd ten tijde van follow-up 44,6 (23-90 jaar).</p>	Vaker mannen, vaker laag opleidingsniveau, vaker geschieden op het moment van hersentrauma

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Als onafhankelijke variabelen werd gekeken naar:</p> <p>1) pre-letsel sociodemografische factoren namelijk leeftijd, geslacht, burgerlijke staat (samen of alleenstaand), opleidingsniveau (aantal jaren vanaf 1e klas), arbeidsstatus (werk, student, huisvrouw vs werkloos of pensioen), gedragsproblemen (wel/geen problemen gehad met verslavende middelen of politie)</p> <p>2) letselgerelateerde factoren namelijk score voor ernst vh letsel (ISS), duur vh bewustzijnsverlies, duur vd revalidatie en 3) Post-letsel factoren onderverdeeld in persoonlijke (a) fysiek functioneren SF36 fysieke subschaal, (b) cognitief functioneren trailmaking-test deel B, (c) mentaal welbevinden (SF36 mental health subschaal) en omgevingsfactoren namelijk (a) emotionele steun, (b) praktische steun, (c) therapie gevolgd na ontslag ja/nee, (d) financiële situatie, (e) transportmogelijkheden</p>	<p>De CIQ (community integration questionnaire) werd gebruikt als uitkomstmaat / afhankelijke variabele als maat voor occupational performance.</p> <p>Zowel totaalscore van de CIQ als subscores (namelijk home integration, productivity en social integration)</p> <p>Gemiddeld 14 jaar na letsel.</p>	<p>Multivariate.</p> <p>Eerst werd dmv lineaire regressie gekeken welke onafhankelijke variabelen de die effect zouden kunnen hebben op de CIQ (afkapwaarde $p < 0,1$)</p> <p>Daarna Multiple regression analysis om model te maken met voorspellende factoren voor CIQ/ occupational performance</p>	<p>De volgende factoren gaven duidelijk en consistent (voor zowel CIQ als subschalen) een slechtere uitkomst (beta en p-waarde alleen weergegeven voor totale CIQ, in artikel staan ook de waarden voor subschalen vd CIQ): : Hogere leeftijd ($B = -0.167, p < 0.001$), mannelijk geslacht ($B = 3.15, p = 0.001$), post-injury fysiek ($B = 0.126, P < 0.001$) en cognitief functioneren ($B = -6.14, p < 0.001$), acceptabele financiële situatie ($b = 4.04, P < 0.001$) en transportmogelijkheden ($B = 8.23, P < 0.001$) gaven heel duidelijk een slechtere uitkomst.</p> <p>Ook alleenstaanden, lager opleidingsniveau ($B = 0.519, p = 0.004$), eerdere gedragsproblemen ($B = -2.69, p = 0.002$), duur bewustzijnsverlies ($B = -0.973, p < 0.015$) revalidatieduur (bij totale CIQ niet significant, bij enkele subscores wel) en gebrek aan emotionele steun ($B = 2.97, p = 0.018$) gaven ook een slechtere uitkomst, maar in mindere mate dan de eerder genoemde factoren.</p> <p>Regressiemodel: pre-letsel sociodemografische factorensamen met post-letsen persoonlijke factoren voorspellen het beste de occupational performance outcome op lange termijn.. Specifiek: Vrouwelijk geslacht (regressiecoëfficiënt 3.09, SE=0.70, $p < 0.001$), betere TMT-score (regressiecoëfficiënt -2.91, SE=0.65, $p < 0.001$), hogere score op SF36 fysieke subschaal (regressiecoëfficiënt 0.08, SE=0.01, $p < 0.001$) en transportmogelijkheden (regressiecoëfficiënt 3.47, SE=1.11, $p = 0.002$)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Duong 2004	Onderzoeken of er verband is tussen enerzijds slikstoornissen, spierkracht en balans bij opname op revalidatieafdeling en anderzijds functionele uitkomst bij ontslag en 1 jaar na traumatisch hersenletsel (TBI)	Multicenter prospectief cohortonderzoek obv databasegegevens.	2263 patiënten geanalyseerd. Bij 1078 patiënten follow-up gedaan na 1 jaar. Inclusiecriteria: leeftijd 16 of ouder, ziekenhuisopname binnen 24 uur na ongeval in 1 vd deelnemende ziekenhuizen en revalidatie in 1 vd deelnemende ziekenhuizen.	Patiënten met traumatisch hersenletsel die tussen 1989 en 2000 waren opgenomen in 1 vd 17 deelnemende revalidatiecentra. Oorzaak TBI: auto/motorongeval 55%, geweld 19%, val 16%, overig 10%	(Geen verschil in initiële slikfunctie, balans en kracht tussen de groep d- heeft gehad en de groep die dit niet heeft gehad)

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 2*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
A. Kracht onderste extremiteiten bij opname, gemeten met MMT (= hetzelfde als MRC-schaal) en verdeeld in 2 groepen (groep MMT 0-2 en groep MMT 3-5)	A1. Locomotion* A2. Transfer* A3. Aankleden van het onderlichaam*	Univariate De scores op de verschillende domeinen vd FIM werden gedi-chotomiseerd (zelfstandig vs. niet-zelfstandig),	Score MMT onderste extremiteiten kleiner dan 3 bij opname-> dan vaker niet-zelfstandig in de factoren A1-A3 genoemd in kolom outcome measures* Score MMT bovenste extremiteiten 2 of kleiner bij opname -> outcome measures B1 en b2 vaker niet-zelfstandig*
B. Kracht bovenste extremiteiten bij opname, gemeten met MMT zie hierboven	B1. Eten* B2. ALD-zelfzorg*	De Chi-kwadraattest werd gebruikt, met daarbij vermeld een maat die het effect vd sample size weergeeft (Cramers phi, 0.2= matig effect, 0.4-groot effect).	Hoe ernstiger slikbeperking bij opname, hoe grote de kans op niet-zelfstandige eetvaardigheid* Hoe gestoorder balans, bij opname hoe grote de kans op niet-zelfstandigheid in outcome measures D1-D3. * * = $p < 0,001$, zowel bij ontslag als na 1 jaar Alle chi-kwadraatwaarden met phi staan in de tabellen.
C. Slikbeperkingen bij opname (getest door logo, gescoord als normaal, gestoord, afwezig, niet te testen)	C1. Zelfstandigheid bij het eten*		
D. Dynamische zitbalans en stabalans bij opname (gescoord als normaal, licht gestoord of ernstig gestoord)	D1. Locomotion* D2. Transfer* D3. ADL-zelfzorg*		
* = alles gemeten met behulp van het FIM-instrument bij ontslag en 1 jaar na traumatisch hersenletsel			

► *vervolg tabel 6, Nr 3*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
3	Dvorak, 2005	<p>Primary objective: op valide en betrouwbare wijze prospectief het beloop in motorische functie vervolgen bij patiënten na TCCS*</p> <p>Secondary: cross-secti-onele meting doen van functionele status en health related QOL bij follow up op lange termijn.</p> <p>Secondary: kijken welke factoren invloed hebben op motorisch herstel, uiteindelijke functionele status en HrQOL (dus vaststellen prognostische factoren)</p>	<p>Patiëntenselectie gebeurde prospectief, dus op het moment van trauma.</p> <p>Analyse vd gegevens gebeurde retrospectief (cohortonderzoek)</p>	<p>114 patiënten kwamen in aanmerking voor deelname, 70 namen deel.</p> <p>Inclusie o.a. acute opname binnen 72 uur na ontstaan TCCS, Asia Motor score (AMS) bij opname, baat bij revalidatie, minimaal 2 jaar follow-up.</p> <p>Exclusie o.a. ernstige lichamelijke of cognitieve comorbiditeit, niet in staat om vragenlijsten in te vullen.</p>	<p>Gemiddelde leeftijd 51</p> <p>59% werd eerst chirurgisch behandeld, de rest kreeg een nekkraag, alle patiënten kregen klinische of poliklinische revalidatie.</p>	<p>Gemiddelde leeftijd 62</p> <p>13 waren overleden, 3 lagen nog in zkh en waren te ziek voor follow-up, 16 konden niet worden gelokaliseerd, 12 weigerden deelname.</p>

* TCCS= traumatic central cord syndrome = letsel vd cervicale wervelkolom met incomplete tetraplegie waarbij de bovenste extremiteiten beduidend meer zijn aangedaan dan de onderste qua spierzwakte, en in wisselende incontinentie en seksuele dysfunctie

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Leeftijd, geslacht, wel of geen chirurgie, oorzaak letsel, diagnose, opleidingsniveau, burgerlijke staat, spasticiteit, iAMS (Asia Motor score direct na trauma)</p>	<p>Motorische score na trauma (= iAMS, initial Asia motor score, totaalscore, score bovenste extremiteiten, score onderste extremiteiten)</p> <p>Motorische score bij follow-up (fAMS)</p> <p>Verbetering van de motorische score (delta AMS, verschil tussen iAMS en fAMS)</p> <p>Functionele zelfstandigheid (FIM, functional impairment measure, totaalscore, FIM MS motorisch score en FIM CS cognitieve score),</p> <p>Lichamelijke gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (SF 36, hiervan de mentale en fysieke subschaal)</p>	<p>Univariate en multivariate</p> <p>Delta AMS dmv paired t-test</p> <p>Kijken welke factoren van invloed zijn op de delta-AMS dmv Wilcoxon's rank sum test.</p> <p>Multipelle regressie analyse met als onafhankelijke variabelen: leeftijd, letsel-mechanisme, diagnose, behandeling, spasticiteit, opleidingsniveau, comorbiditeit. Afhankelijke variabelen: fAMS, delta-AMS, FIM-motorische component, SF36 fysieke component</p>	<p>Gemiddelde follow-up duur: 70 maanden +/-34</p> <p>Mate van beperking: De AMS verbeterde van gemiddelde iAMS van 58,7 naar gemiddeld fAMS van 92,3. Gemiddelde delta-AMS was 33,2</p> <p>Regressiemodel: -de fAMS werd het beste voorspeld door de iAMS (beta=0.45, p=0.001) en door opleidingsniveau (B=0.43, p=0.001) en spasticiteit (B=-0.39, p=0.003).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delta AMS was grote bij lagere iAMS p=0.0001 - Patiënten met spasticiteit hadden vaker een hoge fAMS en delta-AMS p=0.006 <p>Functionele uitkomst.</p> <p>Regressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagere leeftijd voorspelde hogere/betere FIM-MS (B=-0.34, p=0.0009) - Spasticiteit voorspelde lagere FIM-MS (B=-0.27, p=0.007) - Chirurgische behandelde patiënten hadden hogere FIM-MS (B=0.22 p=0.03) - Opleidingsniveau: hoger opleidingsniveau voorspelde hogere FIM-MS: B=0.43 p=0.0001 - Hoe meer comorbiditeit hoe lager FIM-MS: B=-0.21, p=0.04 <p>Kwaliteit van leven</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF 36 mentale subschaal gelijk aan gezonde mensen vd zelfde leeftijd. SF36 fysieke subschaal lager dan bij gezonde mensen. - Mensen met spasticiteit hadden slechtere fysieke kwaliteit v. leven. <p>Regressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betere fysieke kwaliteit v leven werd voorspeld door opleidingsniveau (B=0.43, p=0.0000), afwezigheid van comorbiditeit (B=-0.26 p=0.0069) en anterieure wervelfracturen (B=0.22 p=0.03).

► *vervolg tabel 6, Nr 4*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
4	Grasso 2005	Kijken welke subgroepen MS-patiënten het meeste baat hebben bij revalidatie.	<p>Retrospectief cohortonderzoek</p> <p>Inclusie: zekere diagnose multiple sclerose, de aanwezigheid van minstens 2 beperkingen bij neurologisch onderzoek.</p> <p>Exclusie: Patiënten die in de maand ervoor steroïden kregen of een exacerbatie hadden</p> <p>Interventie: Geïndividualiseerd, op specifieke doelen gericht klinisch multidisciplinair revalidatieprogramma</p> <p>(duur gemiddeld 68 dagen)</p>	Geïnccludeerd 230 patiënten (origineel 297 potentiële patiënten, 67 voldeden niet aan in/exclusiecriteria	<p>Gemiddelde leeftijd 49,5 jaar (+/- 11.5), Gemiddelde ziekteduur 16,9 jaar.</p> <p>Relatief lage mate van autonomie in ADL en mobiliteit.</p>	Niet beschreven

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Ernst vd MS als voorspeller van effectiviteit</p> <p>Demografische en klinische kenmerken als voorspellers van effectiviteit (os leeftijd, sekse, ziekteduur, leeftijd bij diagnose, EDSS). Voorspellers van kans op verbetering: leeftijd, sekse, ziekteduur, ernst vd ziekte (EDSS bij opname, socre voor elke functionele sub-schaal), opnameduur</p>	<p>Mate van beperking: EDSS bij ontslag (Kurtzke's Expanded Disability Status Scale)</p> <p>Functionele status dmv Barthel Index BI en Rivermead Mobility Index RMI bij ontslag.</p> <p>Berekening vd effectiviteit vd revalidatie ((ontslagscore min initiële score/ maximum score min initiële score x 100) voor zowel BI als RMI</p>	<p>Univariate en multivariate</p> <p>Delta AMS dmv paired t-test</p> <p>Kijken welke factoren van invloed zijn op de delta-AMS dmv Wilcoxon's rank sum test.</p> <p>Multipere regressie analyse met als onafhankelijke variabelen: leeftijd, letselmechanisme, diagnose, behandeling, spasticiteit, opleidingsniveau, comorbiditeit. Afhankelijke variabelen: fAMS, delta-AMS, FIM-motorische component, SF36 fysieke component</p>	<p>Gemiddelde EDSS bij ontslag niet significant verschillend t.o.v. EDSS bij opname!</p> <p>BI (steeg van 54 naar 59(en RMI (steeg van 4.84 naar 5.5) bij ontslag wel significant beter dan bij opname (maar de delta (toename vd score) was niet significant (p<0.001) .</p> <p>54% vd pt lieten verbetering zien in BI, 49% op RMI en 19,6% op EDSS. Gemiddelde effectiviteit: Barthel 16.11 +/-25.36, RMI 8.25 +/- 14.42, EDSS 1.95 +/- 4.98.</p> <p>Patiënten met milde tot matige MS hadden een significant hogere effectiviteit op ADL en mobiliteit dan patiënten met ernstige MS.</p> <p>Multipere regressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ernst vd ziekte (basale EDSS) negatief geassocieerd met effectiviteit vd behandeling (zowel BI als RMI, voor BI beta=-5.604 95% CI=-7.806 tot -3.402, voor RMI beta=-3.340 CI= -4.604 tot -2.077), cognitieve stoornissen waren negatief geassocieerd met effectiviteit op BI (beta=-3.219 CI=-5.863 tot -0.575). Ziekteduur ook (beta=-0.344, CI=-0.649 tot -0.039). <p>Logistische regressie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pt zonder cognitieve stn hadden 2x zoveel kans op verbetering vd RMI (OR /2.37, 95% CI 1.05-/5.33; B 0.86, SE /0.41,p<0.05, voorspellingsnauwkeurigheid 59%) - Idem voor patiënten zonder sfincterdysfunctie OR_/2.25, 95% CI_/1.24_/4.08; B_/0.81, SE_/0.30, PB/0.01 (voorspellingsnauwkeurigheid 56%) <p>Conclusie vd studie: beperking verbetert niet, functionele status wel.</p>

► *vervolg tabel 6, Nr 5*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
5	Rost, 2008	<p>Het ontwikkelen van een meetinstrument waarmee bij opname in het ziekenhuis kan worden voorspeld of overlevers van een intracerebrale bloeding uiteindelijk functionele zelfstandigheid zullen bereiken.</p> <p>ICH= intracerebrale bloeding</p>	<p>Retrospectief cohort-onderzoek</p> <p>Inclusie: overlevers van ICH met CT-scan bij opname en gegevens over functionele status na 90 dagen.</p> <p>Exclusie: secundaire oorzaak van ICH (zoals vasculitis, trauma, stollingsstoornis)</p>	<p>Potentiele kandidaten 795, van 730 baseline-informatie beschikbaar, van 629 follow-up informatie beschikbaar.</p> <p>Geanalyseerd 629.</p>	<p>59-65% was ouder dan 70 jaar.</p> <p>55% overleefde minimaal 90 dagen.</p>	<p>46 geexcludeerd vanwege geen CT-scan, 19 vanwege ontbreken van overige baseline data.</p> <p>Bij 101 geen gegevens over functionele status na 90 dagen. Deze 101 hadden dezelfde baselinerarakteristieken als degenen bij wie wel follow-up gegevens waren verzameld, behalve dat zij minder vaak een lobaire lokalisatie hadden.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 5*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Demografische gegevens, medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik (allen obv interview patiënt + status-onderzoek)</p> <p>Volume vd bloeding (ICH-volume obv CT-scan), locatie vd bloeding (ICH-locatie obv CT), cardiovasculaire risicofactoren, Glasgow Coma Scal (GCS) bij opname, voorgeschiedenis van cognitieve stoornissen (QCODE en hetero-anamnese en status-onderzoek)</p>	<p>Functionele zelfstandigheid, gemeten als een telefonisch afgenomen Glasgow Outcome Scale (GOS), functionele zelfstandigheid is GOS groter of gelijk aan 4 (schaal loopt van 1-5, 1 = dood, 4= onafhankelijk maar beperkt, 5 is onbeperkt en)onafhankelijk.</p>	<p>Univariate en multivariate.</p> <p>Alle variabelen werden gecategoriseerd en vergeleken dmv Chi-kwadraattest (univariate).</p> <p>Multivariate analyse om te kijken naar factoren van invloed op uitkomst.</p> <p>Dmv logistische regressie-analyse werd een "risico inschattingsschaal" gemaakt bij een willekeurige 2/3 vd cohort (de modelontwikkelings-groep), deze schaal werd uitgetest op de overige 1/3 (de validatiegroep), 'Goodness of fit' van de schaal werd gemeten mbv c-statistics (area under the receiver operating characteristics curve</p>	<p>55% van de 629 patiënten overleefden minimaal 90 dagen, van deze 55% bereikte 47% functionele zelfstandigheid.</p> <p>Univariate uitkomsten: leeftijd, GCS bij opname, ICH volume, aanwezigheid van bloeding in de ventrikels, gebruik van warfarine (allen $P < 0.0001$) en voorgeschiedenis van cognitieve stn. ($P < 0.05$) waren allemaal significant geassocieerd met functionele uitkomst (< 0.01).</p> <p>Multivariate analyse: zowel leeftijd (leeftijd < 70 OR=9.2 CI=4.1-20.3, leeftijd 70 tm 79 OR=2.0 CI=0.95-4.40, leeftijd 80 en ouder OR=1), GCS (GCS groter of gelijk aan 9 OR=8.0, CI=3.4-18.8), CI 8 of kleiner OR=1), ICH volume (lvolume < 30 cm³ OR 54.1, CI 11.1-264.2, volume 30-60 cm³ 30-60 OR 8.6 CI 1.7-42.3, volume > 60 cm³ = 1), ICH-locatie (inratentoriaal OR=1, diep OR=1.5 CI=0.6-3.9, lobair OR= 6.7 CI=2.3-19.3)) (allen $P < 0.001$) als premedie cognitieve stoornissen (niet aanwezig: OR=4.3, CI=1.5-12.0, $P=0.005$) waren geassocieerd met de uitkomst functionele zelfstandigheid. C-statistic voor dit model was 0.88. Dit model werd vervolgens getest op validatiecohort: toen c-score 0.82)</p> <p>FUNC-score = score van 0-11 gebaseerd op ICH-volume (max 4 punten), leeftijd, ICH-locatie, GCS (allemaal max. 2 punten) en prexistente cognitieve stoornissen (max 1 punt)</p> <p>In de modelgroep: FUNC-score van 11 -> 85% op functionele zelfstandigheid, score kleiner of gelijk aan 5 gaf 2 % kans op functionele zelfstandigheid.</p> <p>FUNC-score werd gevalideerd in de validatiesubgroep: hier bij score van 11 75% kans op zelfstandigheid, bij score kleiner of gelijk aan 4 : geen kans op functionele zelfstandigheid..</p> <p>FUNC-score is prognostisch instrument. Score 0-4 = 0% kans op functionele zelfstandigheid, score 5-7 = 1-20% kans, score 8=21-60% kans, score 9-10= 61-80% kans, score 11=81-100% kans. Goodnes of fit vd FUNC-score c-statistic = 0.88</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 6*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
6	Sandhaug 2010	<p>1. Het beschrijven van het niveau van functioneren en mate van vooruitgang bij patiënten met matig ernstig en ernstig TBI bij opname en bij ontslag na subacute revalidatie</p> <p>2. Evalueren welk effect pre-letsel factoren en letsel factoren hebben als voorspellers van het functionele niveau van functioneren bij ontslag na subacute revalidatie</p> <p><i>TBI=traumatisch hersenletsel</i></p> <p><i>Subacuut = klinisch, maar pas na acute zkh-opname.</i></p>	<p>Prospectief cohort-onderzoek.</p> <p>Inclusie: opname op revalidatie direct vanuit acute opname. Moderate en severe TBI</p> <p>Exclusie: leeftijd < 16, mild TBI, vegetatieve toestand en ernstige comorbiditeit die beperkingen veroorzaakt (zoals rugge-merg-letsel, ernstige psychiatrische aandoeningen).</p> <p>Ethische commissie: patiënt moet zelf tekenen voor consent</p>	55 patiënten geïnccludeerd	<p>34 met severe TBI en 21 met moderate TBI,, gemiddelde leeftijd respectievelijk 39 en 47 (niet significant verschillend).</p> <p>42% verkeersongeval, 40% vallen, 10% overig (oa geweld en sport)</p>	1 patiënt geexcludeerd vanwege vegetatieve toestand

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 6*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau, eerder hoofdtrauma, soort acute opnameafdeling, TBI-mechanisme, TBI-locatie in het brein, ernst v/h TBII, andere letsels, alcohol of drugs betrokken bij het letsel, opname duur bij acute opname (LOS acute), opnameduur op subacute revalidatie (LOS rehab), uur posttraumatische amnese (PTA), Glasgow Coma Scale bij opname (GCS acute), en GCS bij opname revalidatie (GCS rehab), ernst v/h TBI (matig ernstig of ernstig)</p>	<p>Functionele zelfstandigheid: FIM-score bij opname en ontslag, met motorische subschaal (FIM-M) en cognitieve subschaal (FIM-COG)</p>	<p>Univariate en multivariate.</p> <p>Vergelijkingen tussen de groep Moderate en Severe middels Independent Samples t-test, Chi-kwadraat of Mann-Whitney U-test</p> <p>Individuele verandering in FIM: Wilcoxon signed rank test.</p> <p>Multipelle regressieanalyse, met als afhankelijke variabele de FIM bij ontslag, als afhankelijke variabele. Als onafhankelijke variabelen alle prognostisch factoren met een p-waarde < 0,05 (in relatie tot FIM dmv univariate statistiek). FIM bij opname werd gebruikt als covariate om te corrigeren voor baseline niveau.</p>	<p>Verschillen moderate en severe TBI: GCS acute, LOS acute, GCS rehab, LOS rehab en PTA-duur significant verschillende tussen beide groepen. Severe TBI had vaker verkeersongeval als oorzaak (onduidelijk of dit significant is).</p> <p>Oorzaken TBI 60% contusio cerebri, 44% subarachnoidale bloeding, 44% subduraal hematoom, 27% intracranieële bloeding, 26% oedeem, 24% epiduraal hematoom en 11% diffuse axonale schade.</p> <p>FIM en FIM-subschalen verbeterden significant in beide groepen (van gemiddeld 88 naar 107 (op totaalscore van 126), FIM verbeterde sterker in de Severe groep (21 vs 14 punten), FIM-M verbeterde meer dan FIM-COG (dus cognitieve schade verbeterde relatief minder dan motorische schade), meer dan de helft v/d moderate groep had bij ontslag nog cognitieve beperkingen.</p> <p>In moderate groep had 95% een FIM>108 bij ontslag en dus functionele zelfstandigheid (95% mocht naar huis), in de severe groep had 62% een FIM>108 (56% kon naar huis).LOS-acute gemiddeld 27 dagen, LOS rehab gemiddeld 26 dagen.</p> <p>Multipelle regressie analyse: GCS rehab (Beta=5.991 CI=3.995-7.988), FIM-totaal bij opname (beta= 0.393 CI= 0.211-0.576), LOS rehab (beta=0.264 CI= 0.017-0.510) en PTA-duur ((beta= -0.120 CI= -0.238 tot -0.002) voorspelden het beste de FIM bij ontslag (in die volgorde). GCS acute was op zichzelf niet significant maar werd wel in het model opgenomen (beta 0.405). Deze factoren verklaarden 86% v/d variantie.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 6, Nr 7*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
7	Van der Putten 2001	Vaststellen welke factoren - vastgesteld op het moment van opname op een revalidatie-afdeling in welke mate bijdragen aan functionele verbetering van patiënten met incompleet nontraumatisch ruggemergletsel	<p>Retrospectief cohortonderzoek</p> <p>Inclusie: iedereen die in bepaalde periode werd opgenomen op ziekenhuisrevalidatie-afdeling met incomplete ruggemerglaesies.</p> <p>Exclusie: Laesie als gevolg van trauma, MS of onbekende oorzaak, patiënten met overige aandoeningen van het centrale of perifere zenuwstelsel, pt met incomplete data, pt die korter dan 1 week revalideerden</p>	<p>Geïnccludeerd: 100</p> <p>Geïnccludeerd werden patiënten waarbij het MDO-team inschatte dat die patiënt baat zou hebben bij neurorevalidatie en die aan de inclusiecriteria voldeden.</p>	Gemiddelde leeftijd 55 jaar (16-88).	Zie exclusie-criteria. Verschillen met geanalyseerde groep niet vermeld.

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>FIM-M bij opname, jaren tussen eerste symptomen en moment van opname, leeftijd, niveau vd laesie, diagnose, neurologisch herstel (= verbetering vd MRC-score van minimaal 1 punt), duur vd revalidatie (LOS)</p>	<p>Lichamelijke functionele verbetering: FIM-motorische score FIM-M) gemeten bij opname en ontslag en delta-FIM -M(verschil tussen eindscore en beginscore)</p>	<p>Relatie tussen individuele prognostische factoren en FIM-M: independent sample t-test.</p> <p>Multipole lineaire regressie Relatie tussen prognostische factoren en delta-FIM-M, met in het model alle onafhankelijke variabelen die bij univariate analyse significant waren en die bij opname gemeten kunnen worden. De variabelen werden eerst op een bepaalde manier getransformeerd omdat de data anders niet aan de basisvoorwaarden (o.a. normale verdeling) van multipole regressieanalyse voldeden.</p>	<p>Gemiddelde tijd tussen ontstaan symptomen en revalidatie was 4,8 jaar.</p> <p>Oorzaken vh letsel: bij 28% was sprake van RIP, bij 23% vasculaire schade, bij 31% spondylosis, 11% ontsteking, 7% erfelijk.</p> <p>Niveau vd laesie: 49% cervicaal, 21% hoog-thoracaal, 22% laagthoracaal of lumbaal en 8% onbekend.</p> <p>45% vd patiënten liet neurologisch herstel zien (stijging vd MRC-score). Gemiddelde LOS 31,5 dagen (13-88).</p> <p>Patiënten met hogere FIM-M bij opname hadden een lagere delta-FIM-M.</p> <p>Factoren significant geassocieerd met een grotere verandering vd FIM: Leeftijd jonger dan 56 jaar, lagere FIM-M bij opname, een kortere tijd tussen ontstaan symptomen en moment van opname, langere LOS, of bewijs van neurologische verbetering.</p> <p>Patiënten met een erfelijke oorzaak lieten relatief weinig verbetering zien (niet duidelijk of dit significant is).</p> <p>Regressiemodel: FIM-M bij opname en tijd tussen ontstaan symptomen en opname verklaarde 54% vd variantie (squared FIM-M bij opname $\beta = -0.0004$. $SE = 0.0001$, Logaritsme van tijd van ontstaan symptomen tot opname revalidatie $\beta = -0.212$ $SE = 0.046$), FIM-M bij opname $\beta = 0.025$ $SE = 0.010$</p> <p>Na ontstaan van symptomen is snelle start vd revalidatie dus van belang.</p>

Tabel 6a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item							Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitvallers	Beschrijving van redenen van uitval en gevolgen voor resultaten van de studie	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
1	Devitt 2003	3	3	3	3	3	0	5	2,5	5	5	2,5
2	Duong 2004	1,5	3	3	3	3	0	5	2,5	5	5	5
3	Dvorak 2005	1,5	1,5	3	3	1,5	0	0	2,5	5	5	5
4	Grasso 2005	3	3	3	1,5	3	5	2,5	0	5	5	5
5	Rost 2008	1,5	3	3	3	3	2,5	2,5	2,5	5	5	5
6	Sandhaug 2010	3	1,5	3	3	3	5	5	5	5	5	5
7	Van der Putten 2001	1,5	3	3	3	1,5	5	5	2,5	5	5	2,5
	Som van de scores	15	18	21	19,5	18	17,5	25	17,5	35	35	30
	Als percentage van de max. score	71% (15/21)	86% (18/21)	100% (21/21)	93% (19,5/21)	86% (18/21)	50% (17,5/35)	71% (25/35)	50% (17,5/35)	100% (35/35)	100% (35/35)	86% (30/35)

Tabel 6b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie Number of patients (included versus analysed)Patient characteristics (of included patients)			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaarom misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde	Er zijn voldoende gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	
1	Devitt 2003	5	5	2,5	5	5	5	62,5 (goed)
2	Duong 2004	5	2,5	5	5	0	5	58,5 (matig)
3	Dvorak 2005	5	5	2,5	5	5	5	55,5 (matig)
4	Grasso 2005	5	5	5	5	5	5	66 (goed)
5	Rost 2008	5	2,5	5	5	5	2,5	61 (goed)
6	Sandhaug 2010	5	5	5	5	5	5	73,5 (goed)
7	Van der Putten 2001	5	5	2,5	5	2,5	2,5	59,5 (matig)
	Som van de scores	35	30	27,5	35	27,5	30	
	Als percentage van max. score	100% (35/35)	86% (30/35)	79% (27,5/35)	100% (35/35)	79% (27,5/35)	86% (30/35)	

Tabel 7**Author(s):** naam AIO's en naam begeleider**Date** 2011-10-23**Diagnose Group:** Overig- neurologisch

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Ariesen 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het identificeren van bestaande modellen om korte termijnuitkomst na intracerebrale bloeding (ICH) te voorspellen 2. Evalueren of deze modellen makkelijk toepasbaar zijn in de praktijk. 3. Evalueren of de modellen valide en betrouwbaar genoeg zijn om belangrijke behandelbeslissingen op te kunnen baseren 4. Het vaststellen van de 'discriminatory power' vd modellen bij het vaststellen vd prognose ve patient 	<p>Medline search om prognostische modeelen op te sporen, modellen toegepast op validatiecohort.</p> <p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mutlivariete model voor korte termijn prognose na ICH - Een slechte uitkomst op korte termijn was gedefinieerd als dood of afhankelijkheid binnen 6 maanden na ICH - Uitkomst vd modellen was een logistische regressiemodel met voldoende statistische details - Publicaties in Engels, Duits, Frans, Spaans <p>Exclusie: studies waarbij te lange tijd tussen ICH en afname triageinstrument, ICH als gevolg van trauma, trombolysie of operatie</p>	<p>De prognostische modellen werden toegepast op 122 geïncludeerde patiënten die in een bepaalde periode in 1 ziekenhuis werden opgenomen. 184 pt werden geexcluseerd.</p> <p>Inclusie: opname binnen 72 uur na ICH, Glasgow Coma Scale (GCS) bij opname was bekend, er was een CT-scan bij opname, 18 jaar en ouder</p>	Gemiddeld 66 jaar oud.	184 paitenten geexcluseerd vanwege: 173 onvoldoende CT-gegevens (in ander ziekenhuis of onvolledige/afwezige scan), 11 vanwege ontbrekende GCS

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 7, Nr 1*

Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
Gebruikgemak vh triageinstrument (binnen 10 minuten af te nemen)	Univariate	18 prognostische modellen geïnccludeerd 14 van de modellen waren gemakkelijk in het gebruik (binnen 10 minuten te scoren)
To evaluate the discriminatory performance of the models in the estimation of a patient's prognosis (de area under the receiver operator curve, voor elk model)		De AUC varieerde van 0,81 tot 0,90. = redelijk (een AUC van 1,0 is perfect, een AUC van 0,5 is zeer slecht) Patientkenmerken en voorspellende factoren in het validatiecohort kwamen overeen met die in de originele modellen -> validatiegroep lijkt goede afspiegeling van gemiddelde ICH-patiënten
B. To evaluate whether major treatment decisions could be made based on the predictions of a model, we calculated the highest possible predicted probability that could be generated with each model for the combination of predictors that provided the highest probability of death or poor outcome. We considered a probability of death or poor outcome of 95% or more high enough as basis for major treatment decisions. (zie artikel voor meer details)	Zie artikel, te complex om uit te leggen.	The highest possible predicted probability of death or poor outcome for the combination of predictors that provided the highest probability of death or poor outcome ranged from 80% to 100% (median 99%) The characteristics of the patients included in the validation series are shown in table 3. Thirty day mortality was 40%. Patients who died within 30 days were slightly older, had a higher blood pressure, a larger ICH volume, a lower score on the GCS on admission, and more often ventricular extension of the haemorrhage (table 3). In the validation series, the proportion of patients with a >95% probability of poor outcome according to eight different models ranged from 0% to 43% (median 23%). Seven models could identify a subset of patients with a >95% probability of death or poor outcome. In these subsets, the 30 day case fatality for the seven prognostic models ranged from 75% to 100% (median 93%; see table 2) Ten prognostic models could identify a subset of patients with a >90% probability of death or poor outcome in the validation series. The proportion of patients with such a probability ranged from 5% to 48% (median 30%). In these subsets, the 30 day case fatality ranged from 67% to 100%
Finally, the 30 day case fatality (proportion of patients who died within 30 days) in patients from our series with a probability of 90% or 95% or higher was calculated to assess the accuracy of the prediction		Conclusie: Meeste modellen zijn makkelijk toe te passen. Gebruik: overlevingskans voorspellen bij individuele patient. Niet te gebruiken bij beslissen over wel of niet starten van intensieve therapie. Prognose na 30 dagen werd niet nauwkeurig voorspeld

► *vervolg tabel 7, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Bush 2003	Het valideren van een prognostische model waarmee de "uitkomst" 1 jaar na traumatisch hersenletsel (TBI) kan worden voorspeld.	Cross-validation studie. Het model wordt eerst gevalideerd voor de groep patiënten waarop het model gebaseerd is (de IRCR-groep) en daarna gecrosvalideerd voor een andere groep patiënten met TBI (de TBIMS-groep)	IRCR-groep: 107 patiënten TBIMS-groep: 194 patiënten	Alle patiënten hadden een acuut TBI en werden opgenomen op een intensive care-afdeling en ondergingen daarna (acute) revalidatie. Gemiddelde leeftijd resp. 33 of 35 jaar, 81 vs 79% mannen, etiologie van TBI op volgorde van frequentie: verkeersongeval (68 vs 50%), geweld (16 vs 29%), vallen (7 vs 14%), verder motorcyclus en sport. Significante verschillen tussen de 2 cohorten: TBIMSGroep minder vaak alcoholmisbruik in VG, minder vaak motor/autoongeluk, vaker geweld als oorzaak, iets hogere GCS en hogere FIM bij ontslag	nvt

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 7, Nr 2*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Patient- en premorbide factoren: Leeftijd, opleidingsniveau, arbeidsparticipatie, burgerlijke staat, voorgeschiedenis van sociale problemen, alcohol of drugsproblemen.</p> <p>Ernst vh letsel: Glasgow Coma schaal GCS), posttraumatische amnesie (PTA), CT-scanuitslag (o.a. aanwezigheid intracerebrale bloeding, midline shift en hydrocephalus) en pupilreacties.</p> <p>Cognitieve status (CVLT of AVLT, COWAT en block design) *</p> <p>Functionele status (mbiliteit, spraak, zelf eten) (FIM0subscores)*</p> <p>* = cognitie en functionele status werd in ICRCgroep na 6 maanden gemeten en in TBIMSGroep na 1 jaar</p>	<p>Uitkomst na 1 jaar, namelijk: Disability rating scale (DRS), Community integration questionnaire (CIQ), terugkeer naar betaalde arbeid.</p> <p>Allen na 1 jaar (in beide groepen)</p>	<p>Multivariate.</p> <p>Structural equation modelling -> Path analysis</p> <p>Structural equation modelling om te kijken hoe goed de verzamelde data passen bij het originele model -> meerdere goodness of fit indices.</p> <p>De root mean square error (RMSE) of Approximation geeft de mate van error in het model aan, een waarde onder de 0,8, maar liever onder de 0,5 wordt gezien als goed.</p> <p>Chirkwadraat (degrees of freedom)</p>	<p>Dus een aantal verschillen tussen beide cohorten (zie patient characteristics), ondanks dat is structural equation modelling nog steeds goed mogelijk maar het maakt het lastiger om een goede goodness of fit te krijgen.</p> <p>De prognostische en outcomewaarden van het oorspronkelijke model waren niet altijd vergelijkbaar, daarom is aan statistisch model gesleuteld om het meer vergelijkbaar te maken.</p> <p>De goodness of fit maten laten zien dat het model voldoende past op beide groepen (IRCR goed, TBIMS voldoende tot goed), wat de validiteit van het model weer geeft.</p> <p>Path analysis: Volgens het path analysis model bepaalt de injury severity het cognitieve en functionele functioneren (path coefficient respectievelijk -0.48 en -0.35), en het cognitieve en functionele functioneren bepalen de uitkomst na 1 jaar (path coefficient respectievelijk -0.67 en +0.71). Alles P< 0.05.</p> <p>Premorbide factoren en ernst vh letsel hebben geen direct effect op de uitkomst (wel indirect, via ernst vh letsel en cognitieve en functionele status).</p> <p>De TBIMSGroep heeft een grotere error variance (0.47) dan de ICRCgroep (0.888). Chirkwadraat: ICRCgroep zeer goede fit, TBIMSGroep voldoende fit.</p> <p>Conclusie: cognitief en functionele functioneren bepalen uitkomst na 1 jaar, therapie moet daarop gericht zijn.</p>

► *vervolg tabel 7, Nr 3*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
3	Grill, 2005	Het beschrijven van functioneren gezondheids-toestand van patiënten met neurologische aandoeningen in "early postacute" revalidatie-instellingen en vaststellen welke problemen het vaakst voorkomen (bij patiënten)	Crossectioneel onderzoek	292 patiënten in 2 revalidatie-instellingen.	Gemiddelde leeftijd 56.6 jaar. Diagnoses: cerebrovasculaire aandoeningen (51%), hoofdtrauma (22%) en ziekten vh zenuwstelsel (16%)	

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 7, Nr 3*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
nvt	<p>ICF subcategorien bodyfuncties (ICFb), body structures (ICFs), Activities & participation (ICFd), Environmental factors (ICFe), gecodeerd als wel/geen probleem.</p> <p>Sociodemo-grafische factoren, nursing interventions, hoofddiagnose, FIM-score</p>	<p>Univariate.</p> <p>Frequentie van voorkomen vd verschillende ICF-categorien + relatieve frequentie (prevalentie) + 95% betrouwbaarheidsinterval.</p>	<p>125 categories (51%) had a prevalence of 30% and above: 39 categories (49%) of Body Functions, 11 categories (28%) of Body Structures, 64 categories (88%) of Activities and Participation and 10 (20%) categories of Environmental Factors.</p> <p>80% had minstens 1 beperking</p>

► *vervolg tabel 7, Nr 4*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
4	Malec 2008	Het onderzoeken vd relatie tussen enerzijds ernst vh traumatische hersen-letsel (ernst van TBI), en aanvankelijke beperkingen (initial ability limitations) en anderzijds ontslagbestemming na acute opname wegens TBI	Prospectief cohort onderzoek. Definitie matig tot ernstig TBI: glasgow coma scale < 13 of PTA > 24 uur	230 patiënten opgenomen met matig tot ernstig TBI, waarvan er 18 werden geexcludeerd vanwege onvoldoende gegevens over posttraumatische amnesie PTA. Geanalyseerd: 212	TBI. Gemiddelde leeftijd 49 resp 51 (in groep met vs groep zonder abiliyt index)	18 geexcludeerd. Geen gegevens over bekend

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Sekse, leeftijd, burgerlijke staat, ras, opleidingsniveau, duur PTA, "pre-injury supervision",</p> <p>Initiele ernst vh TBI: - PTA duur</p> <p>Initial ability limitations: De ability index van de MPAI-4). (Deze scoort 13 onderdelen o.a. mobiliteit, spraak, visuspatiele stoornissen, concentratie)</p> <p>MPAI-4 adjustment index (meet emotionele, gedrags, en interpersoonlijke activiteiten)</p>	<p>Ontslagbestemming:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ontslag naar skilled nursing facility (SNF) 2. Ontslag naar inhospital rehabilitations (IR) 3. Ontslag naar huis (home) 	<p>Univariate en multivariate</p> <p>Univariate logistische regressie-analyse om te kijken welke variabelen voorspelden of iemand ofwel naar een SNF ging ofwel naar IR of Home.</p> <p>Bij patiënten met ability index:</p> <p>Univariate logistische regressie-analyse om te kijken welke variabelen voorspelden of iemand met ontslag ging naar IR of naar huis.</p> <p>Multipelle regressieanalyse om model te maken dat de ontslagbestemming voorspelt.</p>	<p>Van de 212 patiënten waren er 159 met ability index en 53 zonder ability index, die zonder ability index snel naar huis of snel naar SNF werden ontslagen zodat er geen tijd was om ability index af te nemen. Zij verschillen significant vd andere patiënten qua opleidingsniveau (lager), PTAduur (korter), en ontslagbestemming (veel vaker naar huis). Ontslag naar SNF versus ontslag naar IR of Home: de enige variable die significant voorspelde of iemand naar SNF of andere ontslagbestemming ging was leeftijd (OR=1.02, 95% CI=1.01-1.04). Leeftijd voorspelde in 64% vd gevallen de ontslagbestemming correct.</p> <p>Ontslag naar IR vs ontslag naar huis: significant waren leeftijd (OR=0.98, CI=0.97-0.996), ability index (OR=1.14, CI=1.08-1.21), adjustment index (OR 1.14, CI=1.08-1.19) en PTA duur (OR=4.40, CI=2.92-6.61).</p> <p>Deze 4 factoren werden gebruikt in een stapsgewijze multipelle regressieanalyse om de ontslagbestemming mee te voorspellen. Het uiteindelijke voorspellingsmodel had alleen PTAduur (OR= en ability index als voorspellende factoren voor ontslagbestemming. Dit regressiemodel voorspelde in 92,7% de ontslagbestemming juist. Een model met alleen de ability index voorspelde de ontslagbestemming vrijwel net zo goed. Afkappunt Ability index: score 9-18 voorspelde bij 83% de juiste ontslagbestemming</p> <p>Conclusie: ability index voorspelt ontslagbestemming IR. De ability index kan ondersteunen in het beslissingsproces rondom plaatsing na TBI (maar geen enkele cut-off waarde is een betrouwbare voorspeller dus dat vermindert bruikbaarheid).</p>

► *vervolg tabel 7, Nr 5*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
5	Nosper 2002	Het voorspellen van de neurologische revalidatiefase door de FIM-score intervallen ten opzichte van het arts-oordeel (gouden standaard).	Prospectief cohort onderzoek	3686 patiënten uit 4 neurologische revalidatiecentra 46% vrouwen en 54% mannen, gemiddelde leeftijd 63,6 jaar (sd 12,4) (onduidelijk over welke groep het gaat). Analyse over 3431 patiënten	598 fase B patiënten. Gemiddelde FIM-score bij aanvang: 34 (sd 22) 1519 fase C patiënten. Gemiddelde FIM-score bij aanvang: 61 (sd 25) 1314 fase D patiënten. Gemiddelde FIM-score bij aanvang: 105 (sd 9).	Uitval: 255 patiënten. Uitval niet beschreven

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 7, Nr 5*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>FIM-score afgewogen tegen arts-oordeel in welke fase patiënten verkeren bij opname, ontslag en 4 keer tussendoor met steeds 14 dagen verschil.</p>	<p>FIM-score fase B: 48 (sd 30) bij ontslag.</p> <p>FIM-score fase C: 79 (sd 26) bij ontslag</p> <p>FIM-score fase D: 110 (sd 9) bij ontslag.</p>	<p>Clusteranalyse op 14 dagen na opname</p> <p>Geen statistische analyse voor overeenkomst vermeld.</p> <p>Verschillende intervallen met afkappunten op statistische kenmerken berekend</p> <p>Discriminantanalyse</p>	<p>Fase B: FIM-score tussen 18-48 Fase C: FIM-score tussen 49-84 Fase D: FIM-score tussen 85-126.</p> <p>Overeenkomst met artsoordeel: Overall, in fase B,C en D: 69,7% Fase B en C: 74,2% Fase C en D: 85,1%</p> <p>Model I: Fase B: 18-39 Fase C: 40-85 Fase D: 86-126</p> <p>Model II: Fase B: 18-36 Fase C: 37-90 Fase D: 91-126</p> <p>Model I voorspelt overall (Fase B, C, D): 76,6% Model II voorspelt overall (fase B, C, D): 79,4%</p> <p>Model I voorspelt fase B en C: 82,5% Model II voorspelt fase B en C: 83,5%</p> <p>Model I voorspelt fase C en D: 86,1% Model II voorspelt fase C en D: 88,9%</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 7, Nr 6*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
6	Van Middendorp 2011	Het maken van een instrument (prediction rule) waarmee de kans kan worden voorspeld dat een patient met traumatisch ruggemergletsel na 1 jaar weer zelfstandig kan lopen	Longitudinaal cohort-onderzoek, mult-center	1142 potentiële kandidaten, 640 geïncludeerd Inclusiecriteria: acuut traumatische ruggemergletsel in 1 vd EM-SCI ziekenhuizen, leeftijd > 18 jaar, opgenomen tussen juli 2001 en juni 2008 Exclusie: cognitieve stoornissen waardoor lichamelijk onderzoek niet uitvoerbaar was, perifere zenuwletsel of neuropathie, geen volledig neurologisch onderzoek binnen 15 dagen na trauma, aandoening die frequent neuropathie veroorzaakt (zoals DM)	640 patiënten waarvan 492 met beschikbare outcome measures patiënten met acuut traumatisch ruggemergletsel.	56 geexludeerd vanwege leeftijd < 18, 104 vanwege niet-traumatisch letsel, 578 geen volledig neurologisch onderzoek binnen 15 dagen, 64 niet testbaar wegens cognitieve stoornissen

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Leeftijd (jonger of ouder dan 65), MRC-score vd spieren vd onderste extremiteiten, light touch sensory (LTS), Pinprick sensation (PPS), sacral sparing scores, willekeurige anale contractie, anal sensation</p>	<p>De mogelijkheid om zelfstandig binnenshuis te kunnen lopen (met of zonder hulpmiddel) na 1 jaar. Hiervoor werd de SCIM gebruikt (spinal cord independence measure) en daarvan het indoor mobility item (= mogelijkheid om < 10 m zelfstandig te lopen met of zonder hulpmiddel)</p>	<p>Univariate en multivariate. Mbv multipele regressieanalyse werd gekeken naar het meest geschikte model om de uitkomst mee te voorspellen. Van alle mogelijke modellen werd de area under the receiver operator curve (AUC) berekend om te kijken hoe goed de modellen konden voorspellen wie wel en wie niet zelfstandig kon lopen na een jaar. Het model werd gecrossvalideerd op een ander cohort patiënten. (Nog meer statistiek maar dit is minder relevant om te vermelden.</p>	<p>Klinische kenmerken van de patiënten met geen followup-gegevens vs followup gegevens na 6 maanden vs followup-gegevens na 1 jaar waren gelijk. Het uiteindelijke voorspellende model bevat de volgende voorspellende factoren: Leeftijd (ouder dan 65, gewogen coefficient =-10), MRC vd musculus quadriceps femoris (L3) (gewogen coefficient=2), MRC vd musculus gastrocsoleus (S1),(gewogen coefficient=2) en light touch sensory LTS van dermatoom L3 (gewogen coefficient=5) en dermatoom S1 (gewogen coefficient=5). Dit model kon nauwkeurig voorspellen of iemand na een jaar zelfstandig kon lopen (AUC 0.956, 95% CI 0.936-0.976, P<0,0001). Het model werd gevalideerd in een nieuwe groep van 99 patiënten, daarbij bleek de voorspellende waarde ook uitstekend (AUC 0.967, 95% CI 0.939-0.995, p<0.001). Conclusie: simpel en betrouwbaar instrument om zelfstandig lopen binnenshuis na 1 jaar te voorspellen bij patiënten met acuut traumatisch hersenletsel.</p>

► *vervolg tabel 7, Nr 7*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
7	Zorner 2010	<p>1) het rangschikken van de sterkste voorspellers en combinatie van voorspellers</p> <p>2) het ontwikkelen van een betrouwbaar algoritme om uitkomst te voorspellen</p> <p>3) het identificeren van subgroepen met slecht herstel van loopcapaciteit bij patiënten met incompleet motorisch ruggemergletsel (miSCI)</p>	<p>Retrospectief cohortonderzoek Multicenter</p> <p>Inclusie: incompleet motorisch ruggemergletsel (miSC), met tetra- of paraparese, leeftijd > 18 jaar, volledige gegevens over prognostische factoren en outcome na 6 maanden, patiënten in subacute fase na SCI (=16-40 dagen).</p> <p>Exclusie: Compleet motorisch SCI, inconsistente datasets, de aanwezigheid van aandoeningen die herstel in de weg stonden</p>	90 patiënten met volledige gegevens.	<p>Gemiddelde leeftijd 43 (paraparese) en 50 (tetraparese)</p> <p>Incompleet motorisch SCI, vrijwel allemaal traumatisch letsel, heel klein deel infarcering, bloeding, discus uitpuiling.</p>	Niet beschreven

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Demografisch: geslacht en leeftijd</p> <p>Elektrofysiologisch: Somatosensory evoked potentials vd n. tibialis posterior (tSSEP),</p> <p>Neurologisch onderzoek: ASAI motor score (MS), subscores voor bovenste en onderste extremititeit (UEMS en LEMS), pinprick (PP), light touch (LT), ASIA Impairment scale (AIS), en het neurologische niveau v letsel (NLI).</p> <p>Allen verzameld tussen 16 en 40 dagen na letsel</p>	<p>Loopfunctie in de chronische fase na SCI (>6 maanden), gemeten als:</p> <p>WISCI II (zelfstandig lopen vs. lopen met hulpmiddel)</p> <p>6 minuten looptest 6minWT (loopsnelheid van 0.6m/sec werd gebruikt om "functionele lopers" van "niet-functionele lopers" te onderscheiden</p>	<p>Univariate en multivariate.</p> <p>Multipere correlatie analyses om relatie tussen individuele prognostische factoren en uitkomst te bekijken.</p> <p>Multipere logistische regressie-analyse met daarin 2 voorspellende factoren (alle combinaties van factoren werden geprobeerd, met Aikake's information criterion werd gekeken welk model het beste op de data paste) werd gedaan om een prognostisch algoritme/ model te ontwikkelen.</p> <p>Er werden 2 modellen gemaakt, 1 gebaseerd op WISCI II als uitkomstmaat en 1 gebaseerd op 6minWT als uitkomstmaat.</p> <p>Om relatie tussen de onafhankelijke variabelen in het model te testen: spearman rank correlatie-coefficient.</p>	<p>Patiënten met paraparese hadden een betere uitkomst dan patiënten met tetraparese.</p> <p>Bij patiënten met tetraparese correleerden MS en LEMS sterk met de beide uitkomstmaten, tSSEP correleerde matig met uitkomst.</p> <p>Bij patiënten met paraparese correleerde LMES matig met 6minWT, daarnaast correleerden AIS, PP en tSSEP zwak met beide uitkomstmaten.</p> <p>Univariate logistische regressieanalyse laat zien dat LEMS het beste de uitkomst voorspelt (correct prediction rates: subjects with tetraparesis ¼90% for WISCI II and 90% for 6minWT; subjects with paraparesis ¼67% for WISCI II and 90% for 6minWT)</p> <p>Multipere regressieanalyse: Bij patiënten met tetraparese voorspelde de combinatie van LEMS en tSSEP het beste de uitkomst vd WISCI II (92% correct voorspeld). De combinatie LEMS en AIS voorspelde het beste de 6minWT uitkomst (100% correct voorspeld). Bij patiënten met paraparese voorspelde LEMS en PP het beste de uitkomst van de WISCI II (82% correct voorspeld), en LEMS en leeftijd voorspelde het beste de uitkomst van de 6minWT (84% correct voorspeld). Voorspellingsregel voor WISCI II: $Z = -13.39 + (0.1 \times \text{LEMS}) + (0.12 \times \text{PP})$</p> <p>Voorspellingsregel 6minWT: $Z = -0.28 + (0.28 \times \text{LEMS}) - (0.09 \times \text{leeftijd})$</p>

► *vervolg tabel 7*

Niet opgenomen vanwege irrelevantie triage

Fleming J en Maas F. Prognosis of rehabilitation outcome in head injury using the disability rating scale. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 156-163.

Tabel 8**Author(s):** naam AIO's en naam begeleider**Date** 2011-10-xx**Diagnose Group:** Overig- neurologisch**Goal:** to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameter

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
8	De Groot 2006	<p>Vaststellen welk scoringsinstrument - De functional impairment measure FIM, de Barthel Index BI, de Rehabilitation Activities Profile RAP of de Frenchay Activities Inex FAI- het meest geschikt is om verandering in "activity limitations" te vervolgen bij ALS-patiënten.</p> <p>Activity limitations: hulp nodig hebben bij bepaalde handelingen</p>	<p>Cohortonderzoek, retrospectief (?)</p> <p>Inclusie: ALS volgens El Escorial criteria, leeftijd tussen 30 en 70 bij begin van studie.</p> <p>Exclusie: andere aandoeningen die "actiy limitations" veroorzaakten, onvoldoende begrip vd Nederlands taal</p>	<p>74 geïncludeerd, 73 geanalyseerd (1 overleden), baseline analyse op 73 patiënten.</p> <p>Na 6 maanden waren 9 pt overleden en 1 weigerde verdere deelname, dus analyse na 6 mnd op 63 patiënten.</p> <p>Na een jaar waren 22 pt overleden, 4 weigerden en 4 lost to follow-up dus analyse op 43 patiënten.</p>	Gemiddelde leeftijd 59,9 jaar, gemiddelde leeftijd bij eerste symptomen 57,0 jaar.	Niet beschreven

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 8*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
nvt	<p>Functional impairment measure FIM,</p> <p>de Barthel Index BI,</p> <p>de Rehabilitation Activities Profile RAP</p> <p>de Frenchay Activities Inex FAI</p> <p>De ALS-FSR (ALS functional rating scale, maat voor ernst/progressie vd ziekte) werden gebruikt om te kijken of de hierboven genoemde instrumenten een goede weergave waren van veranderingen in activity limitations.</p>	<p>Geen van beide?</p> <p>Responsiveness werd gedefinieerd als de mogelijkheid van een instrument om verschillen vast te stellen over een bepaalde periode wanneer er ook daadwerkelijk veranderingen in gezondheidstoestand waren opgetreden in die periode.</p> <p>Effect sizes werden berekend</p> <p>Standardized response mean werd berekend</p>	<p>Bij baseline 73 patiënten, na 6 maanden 63 patiënten en na een jaar 43 patiënten geanalyseerd.</p> <p>In de groep die na een jaar werd geanalyseerd bleek dat de FIM, de BI en de RAP matige (moderate) effect sizes en standard respons means hadden na 6 maanden, en grote effect sizes na 12 maanden.</p> <p>De FIM en BI lieten de sterkere correlatie zien met de ALS-FSR (correlatie 0.73-0.86), dan de FAI en de RAP (-0.58 tot -0.71)</p> <p>De FIM was uiteindelijk het beste instrument, de BI is makkelijker af te nemen</p> <p>(Het cohort kwam overeen met andere cohorten gebruikt in Europese studies qua leeftijd en ALS-subtypes)</p> <p>FIM en BI kunnen gebruikt worden om zorgbehoefte van ALS-patiënt te meten</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 9*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
9	Koskinen 2007	Evalueren hoe toepasbaar de International Classification of Functioning, Disability & Health checklist (ICF-checklist) is bij het beschrijven van functies en gezondheid bij postacute patiënten met traumatisch hersenletsel (TBI) in een revalidatiesetting	<p>Cross-sectionele studie gebaseerd op statusonderzoek</p> <p>Inclusie: leeftijd tussen 18 en 60 op moment van beoordeling, minimumleeftijd 15 jaar op moment van TBI, diagnose TBI, tijd sinds TBI 3 maanden tot 15 jaar.</p> <p>Exclusie: Glasgow Coma Scale GCS <3, rugmergletsel, psychiatrische aandoening, verslaving, terminale patiënten, niet kunnen antwoorden, meewerken of begrijpen</p>	<p>55 patiënten met TBI geanalyseerd</p> <p>305 potentiële deelnemers, 124 daarvan namen deel (reden onduidelijk), hiervan werden 16 geexcludeerd vanwege ontbrekende GCS, zodat er 108 potentiële deelnemers waren. 55 daarvan werden geïncludeerd, obv alfabetische namenlijst om en om geselecteerd.</p>	<p>Mild tot ernstig traumatisch hersenletsel (definitie obv GCS), gemiddelde leeftijd 39 jaar, TBI sinds gemiddeld 2,7 jaar.</p> <p>Ook gegevens over oorzaak, ernst letsel, FIM-score, glasgow outcome scale.</p>	Niet beschreven

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 9*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
nvt	<p>ICF-checklist.</p> <p>Deze bevat 4 domeinen: body functions, body structure, Activities & Participation en Environmental factors</p>	<p>Interrater agreement: Cohen's kappa en interclass correlation coefficient (ICC)</p>	<p>Van de 123 checklist categorieën hadden er 30 een prevalentie van 30% of meer bij beide beoordeelaars, en nog eens 18 categorieën hadden een prevalentie van 30% of meer bij 1 vd beoordeelaars, wat aangeeft dat met name die categorieën van de ICF-checklist van belang zijn bij TBI-patiënten.</p> <p>Invullen ICF-checklist obv dossier duurde 90 minuten per patiënt.</p> <p>Niet alle categorieën die voorkomen in de ICF-checklist waren terug te vinden in het dossier.</p> <p>Lage kappa bij veel ICF-categorieën (= slechte interrater agreement). ICC is wel vrij goed.</p> <p>Er staat ook uitgebreid in de resultaten beschreven hoe vaak elke ICF-categorie voorkwam, en hoe vaak de 2 beoordelaars het met elkaar eens waren per categorie, maar dat lijkt me zo nuttig om in deze tabel te vermelden.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 10*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
10	Lau 2003	Het identificeren van factoren die van belang zijn voor de ontslagbestemming en die de ontslagbestemming voorspellen, bij patiënten die met hersenletsel zijn opgenomen voor acute in patiënt revalidatie op de neurochirurgische afdeling (van 5 ziekenhuizen in Hong Kong)	Retro-spectief cohort-onderzoek (+ cross validatie) Hong Kong.	50 patiënten in groep die gebruikt werd om model te bouwen, 50 in de crossvalidatiegroep Inclusiecriteria: primaire diagnose hersenbeschadiging binnen 72 uur na hersenbeschadiging opgenomen in ziekenhuis, medisch stabiel, in staat om deel te nemen aan in patiënt revalidatie, er was verbetering te verwachten door deel te nemen aan revalidatie. Exclusie: voorgeschiedenis van CVA, ruggenmergletsel of psychiatrische aandoening	100 patiënten. Gemiddelde leeftijd 58 jaar in modelcohort, 49 in validatiecohort. Oorzaken hersenbeschadiging: 46% cerebrovasculaire aandoening, 18% met traumatisch hersenletsel, 28% met intracranieële tumoren, 6% met hydrocephalus, 2% overig	Niet beschreven

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 10*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Demografische kenmerken: Leeftijd, soort beroep, oplei- dingsniveau</p> <p>Disabilty Rating Scale (DRS) bij opname en bij ontslag.</p>	<p>Ontslag-bestemming.</p>	<p>Beschrijvende statistiek</p> <p>“Discriminant Analysis” om rela- tie tussen prognostische facto- ren en uitkomstmaat te voor- spellen</p> <p>“Discriminant analysis” op de validatiegroep</p>	<p>Beschrijvende statistiek: patiënten met leeftijd 18-64 wer- den vaker naar revalidatiecentra (50% of naar huis (67% ontslagen) terwijl patiënten van 65 jaar en ouder vaker naar verpleeghuis/verzorgingshuis (57%) of acute opname- afdelingen (56%) werden ontslagen, Patiënten die met pensioen of werkloos waren werden vaker naar verpleeg/ verzorgingshuis (89%) of acute opnameafdelingen (71%) ontslagen. Hoe lager initiële DRS, hoe hoger de kans op ontslag naar huis.</p> <p>Werkloosheid (Wilks’ lambda=0.85, F-ratio=2.81, p=0.05) en DRS bij opname (Wilks’ lambda=0.64, F-ratio=8.57, p=0.01) en DSR bij ontslag (Wilks’ lambda =0.53, F-ratio=13.8, p=0.01) bepaalden/ voorspelden ontslagbe- stemming, maar werkloosheid was beduidend minder belangrijk dan DSR (want hogere Wilks’ lambda).</p> <p>Ook in de validatiegroep bleken DSR bij opname en bij ont- slag de beste voorspellers van ontslagbestemming, deze factoren voorspelden in 72% vd gevallen de ontslagbe- stemming juist in de validatiegroep</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 11*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
11	Sinikallio 2010	Kijken of life dissatisfaction (ontevredenheid over het leven) iets zegt over prognose na operatie ivm lumbale wervelkanaalstenose	Prospectief cohort onderzoek	102 geïncludeerd 90 patiënten Geanalyseerd.	gemiddelde leeftijd 62 jaar oud	12 lost to follow-up

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8, Nr 11*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Ontevredenheid over het leven (LS-schaal. Zowel pre-operatief als 3 en 6 maanden na operatie).</p> <p>Ook: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, preoperatieve comorbiditeit, functionele stoornissen, en pijn.</p>	<p>Lichamelijk functioneren (Oswestry disability index), pijnklachten (VAS) en coping (sense of coherence SOC)</p> <p>Allen na 2 jaar</p>	<p>Multivariate</p> <p>Logistische regressieanalyse</p>	<p>Results. In these analyses, pain was not predicted by either pre-operative life dissatisfaction or life dissatisfaction burden.</p> <p>However, both disability and poor coping on 2-year follow-up were independently associated with both pre-operative and early recovery phase life dissatisfaction. In logistic regression model 1 (including the preoperative LS score), an independent association was detected between a high pre-operative LS score and both a 2-year disability and a poorer 2-year coping capacity. In addition, a higher age and higher pre-operative disability (Oswestry score) independently associated with 2-year disability (Table II). In logistic regression model 2 (including the life dissatisfaction burden variable), independent associations were seen between the life dissatisfaction burden and both 2-year disability and a poorer 2-year coping capacity (odds ratios are presented in Table II). No other significant associations emerged. The Nagelkerke R square for model 1 and model 2, respectively, was 0.378 and 0.381 when regarding the Oswestry score as an outcome measure, 0.224 and 0.224 with the VAS as an outcome measure and 0.129 and 0.190 regarding SOC as an outcome measure.</p> <p>Conclusions. Our results show the importance of both pre-operative and early post-operative well-being regarding subsequent functioning. Thus, monitoring of the subjective well-being throughout the pre-operative and post-operative period may indicate those patients at risk of poorer post-operative recovery.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8*

Niet opgenomen vanwege irrelevantie triage

Labruyere R. et. al. Rehabilitation in spine and spinal cord trauma. Spine 2010; 35: S259-S262.

Thilmann A. et. al. Neurologischer Reha-Score. Eine Skala zur Messung des Patientenzustandes und Aufwandes in der neurologischen Rehabilitation. Der Nervenarzt 2006; 12: 1456-1463.

Pieterse A. et. al. Development of a tool to guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services. Part one. Disabil Rehab; 30: 855-862.

Van Baalen B. et. al. Traumatic Brain Injury: classification of initial severity and determination of functional outcome. Disabil Rehab 2003; 25: 9-18.

Tabel 08a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item					Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item		
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitval-ers	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
1	Ariesen 2005	3	3	3	3	0	5	0	2,5	0	2,5	5
2	Bush 2003	1,5	0	0	3	1,5	5	5	5	5	5	2,5
3	De Groot 2006	1,5	3	3	3	3	2,5	2,5	2,5	nvt	nvt	nvt
4	Grill 2005c	1,5	0	0	3	3	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
5	Koskinen 2007	1,5	1,5	3	3	1,5	2,5	2,5	2,5	nvt	nvt	nvt
6	Lau 2003	1,5	1,5	1,5	3	1,5	5	5	5	5	5	5
7	Malec 2008	3	3	3	3	1,5	2,5	5	2,5	5	2,5	5

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8a*

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item					Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item		
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitval-ers	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
8	Nosper 2002	0	0	0	1,5	1,5	2,5	0	0	5	5	5
9	Sinikallio 2010	1,5	3	3	3	3	0	0	0	5	2,5	5
10	Van Middendorp 2011	1,5	3	3	3	1,5	5	2,5	2,5	5	5	5
11	Zorner 2010	3	1,5	3	3	3	5	2,5	2,5	5	5	5
	Som van de scores	19,5	19,5	22,5	31,5	21	35	25	25	35	32,5	37,5
	Als percentage van de max. score	59% (19,5/33)	59% (19,5/33)	68% (22,5/33)	95% (31,5/33)	64% (21/33)	64% (35/55)	76% (25/55)	76% (25/55)	64% (35/55)	59% (32,5/55)	68% (37,5/55)

Tabel 08b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item						
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaar om missclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde	Er zijn voldoende gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	≥60: goed 45-60: matig <45: laag
1	Ariesen 2005	2,5	5	5	5	5	5	52 (matig)
2	Bush 2003	5	5	2,5	0	0	0	48,5 (matig)
3	De Groot 2006	5	5	5	2,5	5	2,5	46 (matig)
4	Grill 2005c	5	5	2,5	5	5	5	35 (laag)
5	Koskinen 2007	5	5	5	5	5	5	48 (matig)
6	Lau 2003	5	5	5	0	0	0	58 (matig)
7	Malec 2008	5	5	5	2,5	5	5	63,5 (goed)
8	Nosper 2002	5	5	5	0	5	2,5	43 (laag)
9	Sinikallio 2010	5	2,5	5	5	5	5	56 (matig)

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 8b*

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			≥60: goed 45-60: matig <45: laag
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaar om missclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde	Er zijn voldoende gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	
10	Van Middendorp 2011	5	5	5	2,5	5	2,5	62 (goed)
11	Zorner 2010	5	5	5	2,5	5	2,5	61 (goed)
	Som van de scores	52,5	52,5	50	30	45	35	
	Als percentage van max. score	95% (52,5/55)	95% (52,5/55)	91% (50/55)	55% (30/55)	82% (45/55)	64% (35/55)	

Tabel 9**Author(s):** naam AIO's en naam begeleider**Date** 2011-10-xx**Diagnose Group:** Overig- neurologisch**Goal:** to systematic review predictors/prognostic factors for functional outcome and other outcome parameter

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
1	Gabbe, 2008	<p>Onderzoeken of functioneren bij ontslag iets zegt over de prognose/het functioneren na 6 maanden</p> <p>Onderzoeken of deze scores bij ontslag de uitkomst na 6 maanden beter kunnen voorspellen dan patiënten letsel-factoren</p>	<p>Prospectief cohortonderzoek.</p> <p>Inclusie: bij ontslag uit ZKH nog in leven, leeftijd 15-80 jaar, stomp traumamechanisme, injury severity scale bij opname > 15.</p>	<p>Traumapatiënten.</p> <p>Geïnccludeerd 243, geanalyseerd 236 geanalyseerd (9 loss to follow up waarvan 3 overleden).</p>	<p>Gemiddelde (mediane) leeftijd was 33 (21-47), 82% was man.</p> <p>61,4% motor-of auto ongeluk, 14% val van grote hoogte. 50% ernstig hersenletsel.</p>	Niet vermeld

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 1*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Demografische factoren, functio- neren voor ongeval, ongevalfac- toren, diagnose, ernst vh letsel, behandeling, in-hospital outco- mes (bijv. opnameduur, ontslag- bestemming) werden vd geïnclu- deerde patiënten uit de trauma- database gehaald.</p> <p>Bij ontslag: - De GOS (Glasgow Outcome Scale) - GOS-e - Modified FIM - FIM (functional impairment measure)</p>	<p>Na 6 maanden: Goede score op de GOS, terugkeer naar huis.</p> <p>(ook gemeten: GOS-e, modified FIM, FIM, gebruik van gezondheidszorg of ondersteunende diensten, woon- situatie (zelfstandig, met hulp, rev. Centrum etc)</p>	<p>Univariate en multivariate. Beschrijvende statistiek.</p> <p>Dmv univariate logistische regressie werd gekeken naar relaties tussen de verschillende prognostische factoren en de 2 uitkomstmaten.</p> <p>Prognostische factoren die signi- ficant waren werden in een mul- tivariate regressieanalyse gestopt</p>	<p>Voorspellende factoren voor terugkeer naar werk of studie na 6 maanden: 58% was na 6 maanden weer aan het werk. - Univariate: modified FIM motorische score, FIM motori- sche score, totale FIM, totale modified FIM, leeftijd, com- pensatie in geld/ tijd na ongeval, ernstig letsel, ISS en ont- slagbestemming waren allemaal significant geassocieerd met terugkeer naar werk. - Multivariate: Hogere FIM motorische score (AOR 1.03, 95% CI: 1.01-1.04), compensatie in geld/ tijd (AOR 0.28; 95% CI: 0.11-0.72) en leeftijd (AOR 0.31, 95% CI: 0.13- 0.76) waren voorspellers voor uitkomst na 6 maanden (leeftijd 15-24 was vaker weer aan het werk dan leeftijd 35-44, compensatie minder vaak)</p> <p>Voorspellende factoren voor goede GOS na 6 maanden: 68% had matige tot ernstige beperkingen of vegetatieve toestand bij GOS-score na 6 maanden. - Univariate: Significant: De FIM, de FIM-scores (cogni- tief, motorisch, voortbewegen item), Modified FIM en GOS. Compensatiestatus, ontslagbestemming, hoofdtraumastatus. - Multivariate: voor elk punt toename in de FIM, nam de kans op een slechte GOS af met 3% (AOR 0.97; 95% CI: 0.96-0.99). Compensatiestatus gaf slechtere uitkomst (AOR 2.59; 95% CI: 1.23- 4.41).</p> <p>Conclusie: totale FIM bij ontslag zkh voorspelt uitkomst na 6 mnd bij trauma patiënten</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 2*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
2	Gill 2009	Het vaststellen van prognostische factoren voor herstel van functies zoals voor opname, bij oudere patiënten die na acute ziekenhuisopname worden opgenomen met beperkingen	<p>Data uit longitudinaal cohortonderzoek</p> <p>Inclusie: >70 jaar oud bij baseline, onafhankelijk in baden, kleden, lopen binnenshuis en transfer vanaf stoel bij baseline.</p> <p>Exclusie: significante cognitieve stn zonder vertegenwoordiger, terminale aandoening, verhuisplannen naar buiten de regio, geen Engels spreken</p>	<p>1002 potentiële deelnemers, 754 (75%) stemde toe in deelname, van hen werden 296 patiënten 1 of meerdere malen opgenomen in VPH, 292 werden geanalyseerd wat resulteerde in 364 VPH-opnames</p> <p>Meestal opname voor subacute revalidatie in VPH</p>	<p>60% vd patiënten was jonger dan 85 jaar.</p> <p>Redenen opname: 18% letsel gerelateerd aan vallen, 17% infectie, 11% gewrichtsaandoeningen (artritis, TKP etc), 10% cardiaal, 6% CVA, 26% overig</p>	<p>Leeftijd en geslacht niet significant verschillend van geïnccludeerde patiënten</p>

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Gedurende 90 maanden werd elke 18 maanden gegevens verzameld dmv huisbezoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teveel factoren en schalen en meetinstrumenten om allemaal te noemen, maar onderverdeeld in: - Demografische factoren - Gezondheidsfactoren (o.a. ook visus, gewichtsverlies etc), - Cognitieve/ psychosociale factoren: - "Habitual factors (oa roken, activiteitschaal) - Lichamelijke mogelijkheden (allerlei testen van mobiliteit, kracht, balans) 	<p>Mate van beperking (aantal beperkingen), elke maand dmv telefonisch interview:</p> <p>Wel of geen hulp nodig bij:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) baden, 2) kleden 3) lopen binnenshuis 4) transfer vanuit stoel <p>Herstel van prehospital functionering werd gemeten als ontslag uit VPH binnen 6 maanden, met even veel of minder beperkingen bij de eerste meting na ontslag als bij de laatste meting voor opname.</p>	<p>Univariate en multivariate</p> <p>Kappa om betrouwbaarheid uitkomstmaat en bepaalde prognostische factoren vast te stellen</p> <p>Beschrijvende statistiek.</p> <p>Bivariate en multivariate analyse om te kijken naar relatie tussen prognostische en uitkomstmaten: ingewikkeld verhaal, . Belangrijkste analyse recurrent event Cox regression counting process model.</p>	<p>Kappa uitkomstmaat is 0,75-1,00</p> <p>292 patiënten met een opname in een VPH na een acute ziekenhuisopname werden geanalyseerd.</p> <p>Het gemiddelde aantal beperkte activiteiten voor bij laatste interview opname was 0.7 (SD 1,1), en was 3,0 (SD1,2) bij opname in het VPH. Gemiddelde opnameduur 2 maanden.</p> <p>Herstel van prehospital function werd gezien bij 31,6% vd verpleeghuisbezoeken (115 bezoeken).</p> <p>Bivariate analyse: opleidingsniveau minimaal middelbare school (hazard ratio 1,83, 95%CI 1.02-3.25), geen significant gewichtsverlies in laatste jaar (HR 1.91, 95%CI 1.06-3.44), MMSE > 24 (HR 3.44, CI 1.69-7.02), BMI >30 (HR 2.18, CI 1.13-4.22), modified POMA (= evenwicht eb balans HR 1.24, CI 1.05-1.46), uitkomst timed chair test (HR en 96% CI wisselend per score op de test), Short Physical Performance Battery (HR 1.22, CI 1.08-1.39), handfunctie (HR en CI verschillend per score), en grove motoriekscore (HR en CI verschillend per score) waren significant geassocieerd met een herstel van prehospital functionering (in de bivariate analyse werd gecorrigeerd voor de factor verstreken tijd sinds laatste interview voor opname).</p> <p>Multivariate analyse: uiteindelijke voorspellende model bevatte 4 factoren: 1) Grove motoriek snelheid (beste score had significant betere uitkomst dan slechtste score, HR beste score HR 13.5 (95% CI 4.02-45.0), 2) Handfunctie snelheid (beste score had significant betere uitkomst dan slechtste score, HR van beste score HR 10.0, CI 2.94-34.3), 3) Geen cognitieve stoornissen (HR 3.00, CI 1.46-6.14) en 4) geen significant gewichtsverlies (HR 1.96,CI 1.06-3.63)</p> <p>Conclusie: cognitie en psychomotore snelheid zijn prognostisch voor herstel na VPH-opname</p>

► *vervolg tabel 9, Nr 3*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)
3	Bowles 2009	<p>1) to elicit expert knowledge about factors important to referral decision making</p> <p>2) Het identificeren van kenmerken van opgenomen patiënten die een verwijzing voor post acute zorg (PAC) nodig hebben</p>	<p>Gecombineerd prospectief en retrospectief cohort-onderzoek</p> <p>Patiënten obv willekeurig sample uit bestaande statussen van controlegroep patiënten uit 3 andere RCT's (alle 3 verschillende inclusiecriteria) en een "convenience sample" van prospectief verzamelde patiënten omdat de eerste patiëntengroep en te beperkte variatie in aandoeningen had.</p> <p>Van alle patiënten werden de gegevens verzameld en opgeschreven in de vorm van een patiënten casus, alle patiënten casussen werden voorgelegd aan een team van 8 experts (artsen, VPK, FT, maatschappelijk werk,). Alle experts moesten bij elke casus aangeven of ze zouden verwijzen voor PAC of niet, en om welke redenen. Als er geen overeenstemming was over verwijzen werd via "Delphi rounds" geprobeerd overeenstemming te bereiken.</p> <p>De redenen voor verwijzing werden gestandaardiseerd in bepaalde termen en gerangschikt volgens de Orem Self -care Deficit Theory. Deze codering werd gevalideerd in focusgroepen van experts. Factoren die door de experts werden beschouwd als relevant voor verwijzing werden opgenomen in een model dmv logistische regressieanalyse.</p>	<p>355 ouderen</p> <p>Sample uit bestaande statussen: 245 geselecteerd, 37 daarvan niet meegenomen om verschillende redenen, 208 bleven over</p> <p>Convenience sample: prospectieve gegevens van 147 patiënten</p>	<p>Gemiddelde leeftijd 74 jaar, wel allemaal vrij ernstige aandoeningen</p> <p>> 65 jaar, bij die werden opgenomen met allerlei aandoeningen en waarbij ontslag naar huis werd verwacht.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 3*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Demografische gegevens en gegevens over leefsituatie (o.a werk, verzekering), diagnose, comorbiditeit, adverse events, opname en ontslagmedicatie, opnameduur (LOS), thuiszorg of opname in de laatste 6 maanden, gebruik van hulpmiddelen of diensten, verwachting vd patiënt mbt hulpmiddelen en diensten na ontslag, self-rated health (uitstekend, goed, redelijk, slecht), cognitie (Short Portable Mental Status Questionnaire), functionele status (Enforced Social Dependency Scale), depressie (Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale)</p>	<p>Soort post-acute zorg</p>	<p>Multivariate</p> <p>Beschrijvende statistiek.</p> <p>Multipiele logistische regressie-analyse</p>	<p>De experts verwezen 183 patiënten méér dan de eigenlijke behandelaren in werkelijkheid hadden verwezen, vooral thuiszorg werd geadviseerd *885) maar ook outpatient (8%) of impatient revalidatie (4%).</p> <p>Logistische regressieanalyse: vd 20 geprobeerde variabelen waren er 6 significant: vaker verwijzing bij geen of intermitterende hulp (OR 3.0, p0.018, 95% CI 1.2-7.3), aanzienlijke loopbeperkingen (OR 6.5, p=0.002, CI=2.0-20.9), minder dan uitstekende self-rated health (goede gezondheid OR=3.1, CI=1.2-7.7, bij matige tot slechte gezondheid OR=4.0, CI=1.5-10.5), langere opnameduur (OR =1,2 per dag, p=0.004, CI=1.0-1.3), hogere depressiescore (OR=1.1, p=0..11, CI=1.0-1.1) en meer comorbiditeit (OR=1.2, p=0.010, CI=1.1-1.5)</p> <p>Het optimale cut-off punt vh model lag bij 0,67, met daarbij sensitiviteit van 88% en specificiteit van 65% met AUC van 86% (=goed) (dus voorspelt beter wie wel moet worden verwezen dan wie niet moet worden verwezen)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 4*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
4	Foster 2004	<p>1) Het ontwikkelen van een schaal die ziekenhuis-patiënten identificeert die behoefte hebben een beoordeling door FT of ET.</p> <p>2) Kijken of deze schaal ook bijdraagt aan het voorspellen van ziekenhuisopname-duur en revalidatie-programma's na ontslag</p>	<p>Prospectief cohortonderzoek.</p> <p>4 fases: item generation, test-retest reliability (getest bij 52 nieuwe patiënten,) final item selection (voorlopige schaal toegepast op 299 patiënten, validation (bij 200 nieuwe patiënten).</p> <p>Inclusie: alle nieuwe opnames op Interne Geneeskunde in 1 ziekenhuis.</p> <p>Geëxcludeerd: iedereen met verwachte opname-duur korter dan 48 uur.</p>	<p>Item generation: 52 patiënten</p> <p>Item selection: 299 patiënten</p> <p>Validation: 200 patiënten</p>	<p>Item generation groep: gemiddelde leeftijd 57 +/- 18.</p> <p>Item selection groep: gemiddelde leeftijd 63 +/-18</p> <p>Validation groep: gemiddelde leeftijd 70 (+/- 16)</p>	onbekend

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
Demografische, klinische en functionele variabelen	Behoeftte aan evaluatie door FT of ET, obv klinische blik van ergo- en fysiotherapeut (obv de door 299 patiënten ingevulde voorlopige schaal in combinatie met gegevens over klinische kenmerken, comorbiditeit en medische voor-geschiedenis, geblindeerd voor identiteit v patiënt).	<p>Multivariate. Test-retest reliability obv Cohenas kappa. Dmv bivariate analyse gekeken welke factoren vd voorlopige schaal geassocieerd waren met behoefte aan FT/ ET evaluatie versus geen behoefte aan FT/ET evaluatie, items met $p < 0,01$ werden behouden.</p> <p>Daarna multi-pele regressieanalyse om te kijken of deze items significant bleven na correctie voor confounding factoren. 2 regressiemodellen, 1 voor FT en 1 voor behoefte aan ET. Backward regression -> uitkomst regressie coefficient en adjusted odds ratio Cut-off score werd berekend mbv area under the receiver operator curve.</p> <p>De definitieve schaal werd gevalideerd bij 200 nieuwe patiënten door te kijken of schaal geassocieerd was met opnameduur en gebruik van revalidatie faciliteiten na ontslag dmv regressieanalyse waarbij werd gecorrigeerd voor leeftijd, comorbiditeit en soort aandoening</p>	<p>33 items voor voorlopige schaal. Voorlopige schaal werd getest op 52 patiënten. Obv kappawaarde bleven 28 items behouden.</p> <p>Bij 299 patiënten werd mbv multivariate analyse gekeken welke factoren significante voorspellers waren van behoefte aan FT/ behoefte aan ET:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behoeftte aan FT: lopen (odd ratio 1,5 (1.2-2.0)), kortademigheid bij lopen binnen de kamer of bij zitten (OR 2.0 (1.2-3.5)), recente val (OR 1.8 (1.1-3.2)), aantal ADL-beperkingen (OR 1.6 (1.2-2.1)) - Behoeftte aan ET: aantal ADL-beperkingen (OR 1.3 (1.1-1.7)), aantal iADL-beperkingen (OR 2.3 (1.7-3.2)). Moeite met slikken werd ook toegevoegd aan schaal, hoewel niet significant (OR 1.0 (0.5-2.1)). <p>Uiteindelijke schalen: Behoeftte aan FT: lopen (score 1-4), kortademigheid bij lopen binnen de kamer of bij zitten (score 0-1), recente val (score 0-1), aantal ADL-beperkingen (score 0-6) - Behoeftte aan ET: aantal ADL-beperkingen (score 0-6), aantal iADL-beperkingen (score 0-7). Moeite met slikken werd ook toegevoegd aan schaal, hoewel niet significant. Cut-off punt: een totaalscore van 3 of hoger op 1vanbeide schalen had de hoogste sensitiviteit en specificiteit, daarbij vermeld positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde. FT: 78, 64, 60 en 81%. ET: 71, 73, 48 en 88%)</p> <p>Validatie: patiënten met OT-score of FT-score > 3 hadden een significant langere opnameduur en meer inzet van revalidatiefaciliteiten (klinische revalidatie of poliklinische FT of OT) na ontslag.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 5*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
5	Grill 2007	Het identificeren van stoornissen of beperkingen die een indicatie vormen voor verlies van zelfstandigheid bij ouderen na ontslag uit postacute revalidatie (mbv geria-trische ICF-score set)	Prospectief cohort-onderzoek	Een "convenience sample: van 128 in 'ontwikkelingscohort' en 137 in validatiecohort	Development sample: gemiddelde leeftijd 80.3 (+/- 7,2) Gemiddelde leeftijd validation sample: 72.6 (+/- 13.4)	nvt

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Functioneren bij opname en woonsituatie voor opname, opnameduur vd revalidatie, leeftijd, geslacht, diagnose</p> <p>Alle 123 categorieën van de geriatrische ICF core set.</p>	<p>Verlies van zelfstandigheid na ontslag (= naar huis met meer zorgbehoefte dan daarvoor, ontslag naar huis familie of zorginstelling, overplaatsing naar andere revalidatieafdeling of acute opname)</p>	<p>Univariate en multivariate</p> <p>Om potentiële voorspellers op te sporen: bivariate analyse dmv chikwadraat en t-test (factoren met $p < 0.20$ werden overwogen voor model). Mbv Spearman correlatiecoëfficiënt werd gekeken of er geen colineariteit tussen de verschillende voorspellers was, zo ja dan werd de factor met de lagere associatie met de uitkomstmaat niet in het model opgenomen</p> <p>Daarna multivariate logistische analyse voor final model (backwards) Model fit mbv de Hosmer-Lemeshowstatistic. Voorspellende waarde van model: AUC van de ROC.</p> <p>Validatie mbv nonparametrische regressiemethode CART. Model performance mvv AUC van de ROC. Mbv CART een tweede model gemaakt, model fit geëvalueerd</p>	<p>Development cohort: 52% had verlies van zelfstandigheid. Diagnose 43% fractuur, gewrichtsprothese, 25% cerebrovasculair, 33% cardiovasculair of oncologie,</p> <p>Bij bivariate analyse: 18 significante variabelen.</p> <p>Multivariate analyse: alleen ICF-categorie d465 "moving around using equipment" (waarbij werd gecorrigeerd voor de diagnose) kwam in het uiteindelijke model. Patiënten met beperkingen op dit item hadden een 3x zo hoge kans op verlies van zelfstandigheid na ontslag. (OR d465 = 2.7, 95% CI=1.2-5.8, OR diagnose gewrichtsprobleem OR=2.3, CI=1.1-4.9). Model fit was adequaat (Hosmer-Lemeshowstatistic $p=0.5891$, $c=0.649$)</p> <p>CARTmodel: ook involuntary movement bleek relevant: d465 moving around with equipment OR=3.4, CI=1.5-7.9, b765 non-voluntary movementfunctions OR=3.0, CI=1.1-8.1. Tweede logistische regressiemodel om CARTmodel te controleren: model bleef passend.</p> <p>Model validatie: 40% van dit cohort had verlies van zelfstandigheid. 30% had fractuur/ gewrichtsprobleem. In het logistische model waren d465 (OR 7.6, CI 1.6-35.5) en b765 (OR 5.9, CI 2.6-13.4) wederom significante voorspellers</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 6*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)
6	Harding 2010	<p>1. Het evalueren van mate van overeenstemming tussen 2 verschillende beoordelaars bij triage beslissingen voor FT en ET binnen een "community rehabilitation program".</p> <p>Secundaire doelen: kijken of het beroep/ de discipline vd beoordelaar, en de diagnose van de patiënt, invloed hadden op de mate van overeenstemming</p>	<p>Cohortonderzoek? Interrater reliability study.</p> <p>In centrale 'verwijzingsinstantie' in Melbourne worden alle patiënten van die in die regio subacute of ambulante gezondheidsdiensten nodig hebben triage verricht en verwezen naar de juiste instantie.</p> <p>Voor alle patiënten die in een bepaalde periode werden aangemeld voor ET of FT werd beoordeeld of de triage uitkomst van de oorspronkelijke beoordelaar vd verwijzingsinstantie overeenkwam met de triage uitkomst van een onafhankelijke tweede beoordelaar die geblindeerd was voor de identiteit vd patiënt.</p> <p>Beslissing van oorspronkelijke beoordelaar gebaseerd op klinische info + telefonisch aanvullende info van patiënt of behandelaar.</p>	214 geïncludeerd en geanalyseerd	<p>Gemiddelde leeftijd 72.6 (18-101).</p> <p>62% vrouwen</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 6*

Patient characteristics (of excluded patients)	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
Nvt	<p>Triage-uitkomst: Priority 1 (hoogrisico-patiënten die binnen 48 uur beoordeeld moeten worden) tot niveau P4 (laagrisico, hoeven pas na 5 weken of langer beoordeeld te worden)</p> <p>Secundair: invloed van beroep vd beoordelaar en diagnose vd patiënt op mate van overeenkomst</p>	<p>Overeenstemming tussen de beide beoordelaars werd beoordeeld dmv de weighted kappa statistic KappaW + 95% betrouwbaarheidsinterval. (KappaW dmv "quadratic weights")</p> <p>Subgroepanalyse om te kijken of het beroep vd beoordelaar of de diagnose vd patiënt invloed had op de mate van overeenstemming, dmv kappaW.</p>	<p>In totaal 214 verwijzingen, waarvan 172 voor alleen FT, 5 voor alleen ET en 47 voor zowel FT als ET.</p> <p>Bij een verwijzing naar zowel ET als FT werd alleen de verwijzing naar ET gebruikt in de analyse (want daarvan was het individuele verwijzingen het laagst) om gepaarde elkaar beïnvloedende resultaten te voorkomen.</p> <p>Hoofdanalyse: De 2 beoordelaars waren het bij 150 verwijzingen (70%) met elkaar eens wat betreft triage uitkomst (priority niveau). KappaW was matig: 0.60, 95% CI= 0.28-0.91)</p> <p>Subgroep analyse: beroep vd oorspronkelijke beoordelaar had geen effect op mate van overeenstemming (kappaW en 95% CI vergelijkbaar met de hoofdanalyse) De diagnose vd patiënt had wel significante invloed op de mate van overeenstemming: mate van overeenstemming in de categorie 'electieve gewrichtsvervangning' was significant lager (kappaW 0.25, CI 0.09-0.42, n=52), dan voor de andere diagnose categorieën (kappaW= 0.67, CI= 0.33-1.0, n=162, p=0.03).</p> <p>Bij de verwijzingen waarbij 1 vd beoordelaars triage categorie P1 had ingevuld was de ander het slechts in 28% vd gevallen met hem eens. In categorie 2 was dit in 60% vd gevallen, in categorie P3 in 52% vd gevallen.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 7*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
7	Pereira 2010	<p>1) Het evalueren van het effect van revalidatie via geriatrische dagbehandeling op allerlei maten van fysieke prestaties, functionele capaciteiten en kwaliteit van leven</p> <p>2) Kijken wat de kenmerken zijn van de patiënten die duidelijk verbetering lieten zien</p> <p>3) De factoren identificeren die het beste verbetering kunnen voorspellen .</p> <p>Setting: 1 dagbehandeling in Canada</p>	Retrospectief cohortonderzoek	<p>Geïnccludeerd: iedereen die 5 of meer keer de dagbehandeling bezocht.</p> <p>Geïnccludeerd: 335.</p> <p>Voor de voorspellende component vd studie werden alleen de 223 pt gebruikt die een complete dataset hadden (deze groep verschilde significant van degenen met incomplete gegevens wat betreft barthel index, timed up & go test en Berg balance)</p>	Gemiddelde leeftijd 81,6 (SD 6,9), 65% vrouwen	Niet vermeld

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 7*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Barthel index (BI, meet ADL), Older Americans Resources & Services (OARS, meet iADL), MMSE (cognitief functioneren), Timed up & go test (TUG, meet mobiliteit & lopen), 6 minuten looptest (6MWT), gangsnelheid, Berg balance schaal (BBS), Knijpkracht, EuroQOL-5D</p>	<p>“Succesvolle verbetering”.</p> <p>Verbetering =: verbetering op 3 van de 6 onderstaande punten: Stijging van BI met 5 punten of meer, stijging OARS met 1 punt of meer, daling TUG met 3 sec. Of meer, stijging gangsnelheid met 0.2 m/s of meer, stijging 6 MWT met 30 m of meer, stijging BBS met 3 punten of meer</p> <p>Rekening gehouden met: Uit een sample vd patiënten: Charlston comorbidity index en aantal medicijnen</p>	<p>Univariate en multivariate.</p> <p>Beschrijvende statistiek. Groepen werden vergeleken mbv 95% betrouwbaarheids interval.</p> <p>Logistische regressieanalyse voor alle 9 prognostische factoren individueel en in combinatie om te kijken naar effect op uitkomst</p> <p>Mbv het Bayesian Information Criterion (BIC) werd gebruikt om het optimale model te kiezen om “verbetering” te voorspellen</p>	<p>Gemiddelde MMSE 26.7 (SD 3.4), gemiddeld aantal bezoeken aan dagbehandeling 24.2 (SD 10.8). Gemiddelde Charlston comorbidity Index was 1.90 en gemiddeld aantal gebruikte medicijnen was 9.3.</p> <p>Ongeveer 45% vd patiënten verbeterden in BI, OARS, BBS, knijpkracht en EuroQOL-5D. 21% verbeterde in gangsnelheid, 59% in 6MWT, 63% in TUG. Er was weinig correlatie tussen de verschillende testen (behalve voor TUG en gangsnelheid, $r=0.34$, 95%CI=0.27-0.41).</p> <p>58% van de 223 patiënten bereikten succesvolle verbetering. Ten opzichte vd patiënten die geen verbetering lieten zien hadden de patiënten die wel verbetering lieten zien significant slechtere scores bij aanvang van dagbehandeling op de BI, OARS, TUG, gangsnelheid en 6MWT (met trend dat slechtere EuroQOL en BBS ook meer verbetering lieten zien).</p> <p>Het beste voorspellende model om een succesvolle verbetering te voorspellen was een model met daarin alleen de 6MWT (OR 0.994, CI=0.990-0.997) per meter loopafstand. Voor elke 20 m hogere loopafstand bij opname had de patiënt 12% minder kans op succesvolle verbetering</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 8*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
8	Deckinger 2010	Onderzoeken of functionele verandering/verbetering in de eerste week van klinische geriatri-sche revalidatie de mate van vooruitgang tijdens 2 weken daarna kan voorspellen	Prospectief cohortonderzoek. Setting: inpatient revalidatiekliniek in Duitsland.	501 gescreend, 218 patiënten geïncludeerd, van 57 daarvan onvolledige data dus 161 geanalyseerd Inclusiecriteria: 10 meter kunnen lopen met hulpmiddel Exclusie: het niet kunnen begrijpen van simpele instructies, ernstige visuele stoornissen	Mediane leeftijd 82 (58-93), 73% vrouw	

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 8*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Verandering van onderstaande uitkomstmaten in de eerste week:</p> <ul style="list-style-type: none"> - functionele component van de Short Form-LLFDI, ingevuld door patiënt - Barthelindex, ingevuld door behandelaar - Gangsnelheid (een performance based tool) <p>In de statistische regressieanalyse werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, hoofddiagnose, comorbiditeit (functional comorbidity index), depressie (GDS2 en antidepressiva), cognitieve stoornissen (de Brief Alzheimer Scale en trail making test deel B), en niet-ernstige adverse events.</p>	<p>Verandering van onderstaande uitkomstmaten in week 2 en week 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - functionele component van de Short Form-LLFDI, ingevuld door patiënt - Barthelindex, ingevuld door behandelaar - Gangsnelheid (een performance based tool) 	<p>Alle uitkomstmaten werden dus gemeten bij aanvang (T1), na 1 week (T2), na 2 weken (T3) en na 3 weken (T4) revalidatie.</p> <p>Lineaire regressieanalyse werd gebruikt voor de 3 verschillende eindpunten op 2 verschillende tijdstippen.</p> <p>Er werd gekeken naar subsequent change: of verandering vd 3 uitkomstmaten in de 1e week (score T2 min score T1) kon voorspellen hoe de mate van verandering de 2 opeenvolgende weken was (score T4 min score T2), en gekeken total change: of de verandering in week 1 (T2 min T1) kon voorspellen hoe de mate van verandering in de totale 3 weken was (T4 min T1)</p>	<p>Van de groep uitgevallen patiënten waren er significant meer vrouw, ze hadden een slechtere cognitie, tragere gangsnelheid en lagere Short-form LLFDI</p> <p>Subsequent change: hoe meer vooruitgang in week in, hoe slechter de vooruitgang in week 2 t/m3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor Short Form-LLFDI: geschatte beta: -0.3599, standard error 0.0980, p=0.004 - Voor de gangsnelheid: geschatte beta: -0.2547, SE 0.0967, p=0.0094 - Voor Barhel index: beta=-0.5415, SE=0.0814, p=<0.0001 <p>Totale verandering: hoe meer vooruitgang in week 1, hoe groter de totale vooruitgang in 3 weken revalidatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor Short Form LLFDI: geschatte beta=0.6474, SE=0.0956, p= <0.0001 - Gangsnelheid: beta=0.7501, SE=0.0965, -=<0.0001. <p>Totale vooruitgang in gangsnelheid werd ook bepaald door barhelindex na 1 week (beta 0.0040, SE 0.0014 en door Short Form LLFDI na 1 week, beta= 0.0078, SE=0.0019)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barhel index: beta=0.0046, SE=0.0008, p=<0.00010 <p>Conclusie: hoe meer verbetering in week 1 hoe minder verbetering in de 2 daaropvolgende weken</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 9*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
9	Kus 2011	<p>Het identificeren van revalidatie doelen van geriatrische patiënten in vroege postacute revalidatie mbv de ICF</p> <p>De associatie onderzoeken tussen het behalen van doelen en verbetering in globaal functioneren (zoals vastgesteld door patiënt en door professional)</p>	Prospectief multicenter cohortonderzoek in Duitsland	<p>209 patiënten geïncludeerd.</p> <p>Inclusiecriteria: ouder dan 65, voldoen aan criteria voor klinische postacute revalidatie.</p>	Mediane leeftijd 80 (95% CI 78.9-80.9), 67% vrouw. Diagnoses: heupfractuur, vaataandoeningen waaronder CVA, maar ook andere diagnoses	Niet vermeld

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Sociodemografische factoren, opnameduur, tijd van event tot opname op revalidatieafdeling, hoeveelheid comorbiditeit, wel of niet het doel behaald</p> <p>Bij baseline: dmv interview: patiënten werd gevraagd 10 belangrijke aspecten van hun revalidatie te benoemen (verwachtingen, wensen, hoop, doelen, angsten, twijfels, problemen). Deze 10 aspecten werden ICF-terminologie volgens bepaalde procedure</p> <p>Vraag aan patiënten en professional om algeheel functioneren te beoordelen op schaal 0-10 (0= volledige beperkingen in alle aspecten van functioneren, 10= geen enkele beperkingen. Zowel bij opname als bij ontslag.</p>	<p>Doelen wel of niet behaald: 36 uur voor ontslag dmv interview met patiënt: welke van de bij baseline genoemde doelen/aspecten waren behaald</p> <p>Wel of geen verbetering in functioneren (beoordeeld door patient en door professional)</p>	<p>0= geen doel behaald 1= minstens 1 doel behaald</p> <p>Dmv een mixed regression model werd de "residualized gain score" berekend (deze test om regression to the mean te voorkomen). Dit geeft aan of de mate van functionele verbetering evenveel is als statistisch verwacht of meer dan statistisch verwacht (gecorrigeerd voor opnameduur)</p> <p>Daarna werd dmv logistische regressieanalyse gekeken welke factoren voorspellend waren voor functionele verbetering. Daarna werden 2 logistische regressiemodellen ontwikkeld, 1 met alle factoren die verbetering van functioneren in vanuit patiëntenperspectief kijkt en 1 die verbetering van functioneren vanuit professional kijkt. Voorspellende kwaliteit van model werd bepaald dmv de c-waarde, die de AUC van de ROC weergeeft</p>	<p>n=206. Bij verandering van algeheel functioneren was bij patientperspectief bij 22 patiënten geen begin of eindscore, eb bij professionalperspectief bij 41 patiënten geen begin of eindscore</p> <p>202 patiënten vermeldde tenminste 1 doel, 87% vermeldde minstens 3 doelen. In totaal waren er 476 doelen, waarvan 73% kon worden gelinkt aan 58 ICF-categorieën. Mobiliteit en lopen werden veruit het vaakst genoemd (36.6 en 20.8%) Een deel van doelen was niet terug te vinden in de ICF of in de geriatrische ICF-core set. 81% van patiënten gaf info over het al dan niet behalen van doelen: 51% van doelen was bij ontslag behaald, 80% van patiënten had tenminste 1 doel behaald. Verbetering in functioneren meer dan statistisch gezien verwacht: vanuit patiëntenperspectief 59%, vanuit professionalperspectief 63%</p> <p>Potentiele voorspellers voor functionele verbetering: leeftijd, sekse, opnameduur, tijd van letsel tot start revalidatie, hoeveelheid comorbiditeit, woonsituatie, het behaald hebben van doelen.</p> <p>Uiteindelijke model: Patiëntenperspectief: opnameduur (OR 0.93, CI 0.90-0.96) en behaald hebben van tenminste 1 doel (OR 5.5, CI 2.16-14.12) voorspelden functionele verbetering Professionalperspectief: opnameduur (OR 0.93, CI 0.90-0.96), het behaald hebben van tenminste 1 doel (OR 2.68 CI 1.07-6.71) en aantal comorbiditeit (OR 0.81, CI 0.68-0.96) voorspelde functionele verbetering. Voorspellende kracht van modellen was voldoende volgens c-waarde.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 10*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)
10	Lohmann 2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het gebruiken van de ICF om patiëntendoelen te identificeren bij vroege postacute revalidatie 2. Het onderzoeken van de associatie tussen het behalen van patiëntendoelen en objectieve maten van verbetering in functioneren 	<p>Prospectief multicenter cohortonderzoek.</p> <p>Patiënten werden opgenomen van 5 verschillende ziekenhuisafdelingen met spier/gewrichtsaandoeningen, cardiopulmonale en neurologische aandoeningen.</p> <p>Semigestructureerde vragenlijst voor patiënten en professionals.</p> <p>Voor professionals: vaststellen algeheel functioneren op een visueel analoge schaal van 0-10 (complete beperkingen tot geen beperkingen). Meting dmv interview, binnen 24 uur na opname en binnen 36 uur voor ontslag</p> <p>Voor patiënt: bij opname het noemen van 10 aspecten die relevant zijn voor de revalidatie (doelen, angsten, sociale factoren etc). Geen SMART doelen. Na afloop werd gevraagd welke van die 10 'doelen' waren behaald. Deze 10 doelen werden vertaald naar ICF-categorieën (voor zover mogelijk)</p>	<p>116 patiënten werden geïnccludeerd</p> <p>Inclusie: 18 jaar en ouder die revalidatie ondergingen</p>	<p>Gemiddelde leeftijd bij opname: 64 jaar (SD 14), 40% vrouwen.</p> <p>45% met spier/skelet aandoeningen, 50% met neurologische aandoeningen en 5% met cardiopulmonale aandoeningen</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 10*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Het behalen van patiënten doelen (zie methode)</p>	<p>Sociodemografische factoren, opnamediagnose</p> <p>Functioneel herstel (zie methode)</p>	<p>De frequentie van de patiëntendoelen werd beschreven.</p> <p>Er werd beschreven of een doel wel of niet behaald werd.</p> <p>Mixed effects regression models werden gebruikt om de associatie tussen het behaald hebben van patiëntendoelen en functioneel herstel vast te stellen.</p> <p>Goodness of fit werd gemeten mbv Aikake's information criterion (AIC) en de z-statistic</p>	<p>Gemiddelde opnameduur 34 dagen (SD=19).</p> <p>Patiënten benoemden 546 doelen, 120 hiervan konden niet worden gelinkt aan een ICF-categorie. De meeste frequent genoemde second-level ICF-categorieën/ doelen waren: lopen, recreatie en ontspanning, voelen van pijn en het veranderen vd lichaamshouding.</p> <p>In totaal gaven 110 patiënten informatie over het behaald hebben van doelen. 84.6% van hen had tenminste 1 doel behaald. Gemiddelde score voor algeheel functioneren was bij opname 3 (SD=2) en bij ontslag 6 (SE=2).</p> <p>Het regressiemodel liet een niet-significante associatie zien tussen het behaald hebben van doelen en functioneel herstel. Ook bij de analyse waarbij gecorrigeerd werd voor leeftijd, aandoening en sekse) werd geen significant verband gezien tussen doelen behalen en functioneel herstel. In beide gevallen was er wel een associatie, alleen geen significantie (zie tabel 3 in het artikel).</p> <p>Wel significant: patiënten met een neurologische aandoening of een hogere leeftijd startten de revalidatie gemiddeld met een lagere score dan andere patiënten.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 11*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
11	Muller 2011	Het onderzoeken vd relevantie en compleetheid van de ICF Core Set voor patiënten die revalideren in acute ziekenhuissituatie	<p>Prospectief multicenter cohortonderzoek</p> <p>Inclusie: leeftijd > 18, patiënten die multidisciplinaire acute revalidatie ondergingen voor spier/skeletaandoening, cardiopulmonale aandoening of neurologische aandoening.</p> <p>Er werden 3 ICF Core Sets gebruikt voor de 3 hierboven genoemde aandoeningen.</p> <p>Gegevens dmv interview van patiënten en professionals die voor patiënt zorgen en statusonderzoek</p>	<p>391 patiënten geïncludeerd, 20 loss to follow-up</p> <p>Gemiddelde leeftijd 63.4 jaar. Gemiddelde opnameduur 14.9 dagen. 50% vrouwen.</p> <p>91 pt neurologisch, 109 cardiopulmonaal en 191 spier/skelet</p>		20 loss to follow-up vanwege ongepland ontslag of overlijden.

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
	<p>Demografische factoren en ziekte specifieke factoren (oa diagnose, comorbiditeit, tijd tot start v revalidatie)</p> <p>Beperkingen van patiënten (zowel beperkingen die in de ICF Core Sets staan als beperkingen die er niet in voorkomen)</p> <p>Deze data werd verzameld binnen 24 uur na opname en binnen 36 uur voor ontslag (of bij verblijf langer dan 6 weken na 6 weken (eindpunt)).</p>	<p>Absolute en relatieve frequenties (prevalentie) van beperkingen,</p> <p>Relatieve frequenties van patiënten voor wie de ICF-categorie (of ernst daarvan) veranderde gedurende de opname werden berekend met daarbij 95% CI (een verschil tussen baseline en eindpunt werd beschouwd als verandering indien het percentage verandering afweek van 0 en het 95% CI geen 0 bevatte.</p> <p>Ook van beperkingen die niet in ICF voorkwamen werd relatieve frequentie vastgesteld</p>	<p>ICF core sets hebben 3 categorieën: body functions and structures, Activities and Participation en Environmental factors.</p> <p>Van alle categorieën binnen de categorieën body functions & structures en Activities & Participation waren 55% van alle categorieën gestoord bij tenminste 1/3 vd patiënten met een eurologische aandoening. Bij de patiënten met een cardiopulmonale aandoening waren 71% vd categorieën gestoord bij tenminste 1/3 vd patiënten en bij patiënten met spierskeletaandoening was dit 57%.</p> <p>De prevalentie vd verschillende categorieën verschilde per aandoening.</p> <p>Problemen die in alle 3 de patiëntengroepen frequent (>50%) voorkwamen waren Problems with sleep and blood vessel functions, walking and moving and self-care</p> <p>38 aspecten van functioneren die niet zijn opgenomen in de ICF-score sets werden geïdentificeerd als relevant. Veel van die 38 aspecten werden slechts genoemd door 1 persoon dus werden niet als relevant beschouwd. 15 van deze factoren werden door minstens 1% genoemd -> deze factoren konden weer worden vertaald naar ICF-categorieën (dus uit de grote ICF en niet de ICF core sets).</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 12*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
12	Ruchinskas 2001	Kijken of de klokteken- test en de klok nateken- nen test domeinen meten die van kritiek belang zijn voor succes- volle revalidatie, en of deze test 'physical abili- ty' tijdens de revalidatie kunnen voorspellen.	Inclusie: patiënten > 60 die na zieken- huisopname naar revalidatieafdelingen.	172 patiënten (van 200 opnames). 28 potentiële patiënten geexcludeerd vanwege te erge afasie of hemi- parese om mee te kun- nen doen of vanwege overplaatsing naar acute ziekenhuis afdeling	50% met orthopedische aandoening, 35% met neurologische aandoe- ning, 15% overig. 67% vrouwen. Gemiddelde leeftijd 72.5	

vervolg tabel ►

Prognostic factors/ determinants/measu- rement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
	<p>Kloktekentest en klok-natekentest, score 1-10 (kleiner dan 7 = cognitieve dysfunctie). (Klok natekentest zou onderscheid kunnen maken tussen Alzheimer (natekenen gaat goed) en vasculaire dementie (natekenen gaat niet goed))</p> <p>Neurobehavioral Status Cognitive Screening Examination (NSCE of Cognistat). (bij een random 50% van alle patiënten)</p> <p>Mattis Dementia Rating Scale (DRS). (bij de andere random 50% vd patiënten)</p> <p>FIM motorische score (FIMm) op de dag van opname en binnen 48 uur voor ontslag.</p> <p>Geriatrische depressieschaal (GDS)</p> <p>Demografische variabelen Medische gegevens.</p>	<p>Correlatie tussen Kloktekentest / klok-natekentest en NCSE en DRS werd gemeten. Correlatie tussen kloktekentest en demografische factoren en medische toestand.</p> <p>GDS-score werd gebruikt om te kijken of depressie confounding factor was , door correlatie tussen GDC en kloktekentest te bekijken.</p> <p>Multipelere regressieanalyse om te kijken naar associatie tussen demografische variabelen, FIM motor score en klokteken/ klok-natekentest. 3 verschillende modellen.</p> <p>Er werden 3 groepen gemaakt: groep 1) beide kloktekentesten > 7, groep 2) score < 7 op kloktekentest en score > 7 op klok-natekentest, groep 3) score < 7 op beide testen. Dmv ANOVA werd gekeken naar relatie tussen cognitieve status, fysieke mogelijkheden bij opname en ontslag en opnameduur.</p>	<p>De kloktekentest had een significante correlatie met NSCE en DRS. Klok tekenen en klok kopiëren waren significant gecorreleerd met opleidingsniveau en medische diagnose. Er was GEEN significante correlatie tussen beide kloktekentesten em: 1) leeftijd, 2) aantal medicijnen, 3)GDS-score De gemiddelde score op de kloktekentest was 7 (+/-2.6) en op de klok nateken test 8.4 (+/-2.3).</p> <p>Multipelere regressie: kloktekentest en klok natekentest voorspelden de FIM-m bij opname beter dan demografische factoren (leeftijd, opleidingsniveau) of medische factoren (aantal medicijnen, comorbiditeit). De kloktekentest was GEEN voorspeller van FIM-m bij ontslag. De klok natekentest wel.</p> <p>Model 1 met beide kloktekentest als voorspeller voor FIM bij opname: kloktekentest beta=1.173 SE=0.379, klok natekentest beta=1.618 SE= 0.431. Model 2 met FIM bij opname en kloktekentest als voorspellers voor FIM bij ontslag: FIMm bij opname: beta= 0.673 SE=0.065, kloktekentest beta=0.533 SE= 0.301. Model 3 met FIMm bij opname en klok natekentest als voorspellers voor FIMm bij ontslag: Fim opname beta= 0.663 SE=0.066, klok natekentest beta=0.697 SE=0.351.</p> <p>ANOVA: 60% cognitief intact, 29% in groep 2 en 40 in groep 3. Groep 1 had hoger opleidingsniveau, verder waren ze gelijk, hiervoor werd bij ANOVA gecorrigeerd. De 3 groepen waren significant verschillend wat betreft FIM-m bij opname (F1,2 = 4.65, p<0.01) en FIM-m bij ontslag (F1,2= 6.85, p<0.01). Gemiddelde FIM bij ontslag in groep 1 was 77 (aangepast zelfstandig) vs 67 in groep 3 (behoefte aan revalidatie na ontslag). Opnameduur was niet geassocieerd met gestoorde cognitie.</p> <p>Conclusion: <i>Clock drawing can be used as a brief screening measure to determine cognitive integrity. Clock copying can yield valuable information about geriatric patients' potential acute rehabilitation course and discharge status.</i></p>
Regressie: de hier rechtsboven genoemde maten als prognostisch	Regressie: FIM-m bij ontslag als uitkomst		

► *vervolg tabel 9, Nr 13*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design	Number of patients (included versus analysed)	Patient characteristics (of included patients)	Patient characteristics (of excluded patients)
13	Sherrington 2010	Vraagstelling: Wat is de prevalentie van mobiliteitsgerelateerde beperkingen 3 maanden na ontslag uit een inpatient aged care rehabilitation? Kan een klinische "tool" voorspellen welke individuen na 3 maanden last hebben van mobiliteitgerelateerde beperkingen?	<p>Prospectief cohortonderzoek.</p> <p>Interview, statusonderzoek en testonderzoek binnen 48 uur voor ontslag</p> <p>Inclusie: alle patiënten die in ene bepaalde periode werden opgenomen op een revalidatieafdeling voor ouderen.</p> <p>Exclusie: te medisch instabiel om alle testen te ondergaan, onvoel-doende beheersing van Engels en geen tolk beschikbaar</p>	1227 opgenomen patiënten waarvan 785 geexclueerd (195 weigerden deelname), dus 442 deelnemers. Van 433 patiënten followup-data beschikbaar waarvan 7 geexclueerd. Geanalyseerd: 426	Gemiddelde leeftijd 82 (SD8), 71% vrouw.	<p>9 loss to followup.</p> <p>Geexclueerd: missing data (401), weigeraars (195), cognitieve stn en geen vertegenwoordiger beschikbaar (106), heropname of medisch instabiel (195)</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 13*

Prognostic factors/ determinants/measurement instrument	Outcome measures	Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>Comorbiditeit(aantal aandoeningen) en mobiliteit (in staat om 800 m te lopen en een trap te beklinnem) voor opname,</p> <p>48 uur voor ontslag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognitie (MMSE) - pijn (mate van ernst) visus (Melbourne Edge test en low-contrast visual acuity chart) spierkracht (seeted knee extensor strenght mbv spring balance) en mobiliteit- bij ontslag (stabalans, leunbalans, "sit to stand ability", "stepping ability", en gangsnelheid (gait). 	<p>Mobility related disability: Een stoornis in 1 van beide: Het niet kunnen beklinnemen van een trap en het niet zelfstandig 800 meter kunnen lopen zonder hulp 3 maanden na ontslag (telefooninterview + vragenlijst)</p>	<p>Er werden 15 prognostische variabelen gekozen uit de beschikbare variabelen en in een model gestopt.</p> <p>Daarna: Dmv logistische regressieanalyse werd een voorspellend model ontwikkeld (dmv bootstrapped stepwise backward variable selection). De goodness of fit vh model werd getest dmv de Hosmer-Lemeshow statistic. Onderscheidend vermogen vh model mbt AUC.</p> <p>Daarna: om bruikbaarheid vh model te vergroten werden de overgebleven prognostische factoren gedichotomiseerd en werd opnieuw de AUC berekend.</p>	<p>Aantal comorbiditeit gemiddeld 8.3 (SD 3.2), aantal medicijnen gemiddeld 10 (SD 4), 36% kon in de maanden voor opname 1 van beide taken (een trap oplopen of 800 m lopen zonder hulp) niet doen. 1 week na ontslag was dit het geval bij 68%, 3 maanden na ontslag bij 59%.</p> <p>Het model met de 15 voorspellers die onderscheid moesten maken tussen patiënten die beide taken na 3 maanden konden voltooien en patiënten die 1 vd beide taken niet konden voltooien: AUC 81% (95% CI 0.77-0.85). 5 van deze variabelen werden behouden (kwamen voor in meer dan 70% vd bootstrapped samples, zie statistiek deel in het artikel). Het model met deze 5 variabelen: AUC 79% (CI 0.75-0.84). Het verschil tussen de AUC van het 15-item model en het 5-item model was niet statistisch significant (p=0.08).</p> <p>Model bevaltte de volgende variabelen: aantal medische aandoeningen (OR=1.18, CI=1.00-1.24), gestoorde leunbalans (OR=0.99 CI=0.98-1.00), slechte visus (OR= 2.00 CI=1.00-3.58), het niet kunnen uitvoeren van 1 van beide taken in de 3 maanden voor opname (OR=2.04, CI=1.00-3.91) en spierkracht en de benen (OR=0.96 CI=0.91-1.00).</p> <p>Het gedichotmiseerde model: AUC=0.77, CI=0.72-0.8, dit was significant kleiner dan he 5-item model maar hoog genoeg om klinisch bruikbaar te kunnen zijn. Als er 1 vd 5 indicatoren aanwezig was was er 32% kans op mobility related disability na 3 maanden, als er 5 indicatoren aanwezig waren was er 94% kans op mobility related disability.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 14*

Nr	Study ID first author, year of publication	Goal/Objective	Method / Design
14	Zhu 2007	<p>Het onderzoek naar computeralgoritmen die het revalidatiepotentieel voor thuiszorgcliënten kan voorspellen. Computerprogramma's worden zodanig ontwikkeld dat ze gebruik maken van leerervaringen. Deze leerervaringen zijn gebaseerd op grote datasets.</p> <p>In eerder werk werd een gemakkelijk algoritme voor computers vastgesteld. Dit algoritme is bekend als het K-nearest neighbors (KNN) algoritme, waarbij voorspellingen voor het revalidatiepotentieel zijn gebaseerd op uitkomsten die worden ervaren/gezien bij eenzelfde groep patiënten.</p> <p>Resultaat van het KNN algoritme was dat significant betere voorspellingen voor het revalidatiepotentieel konden worden gedaan dan bij gebruik van een assessment protocol ("ADLCAP").</p> <p>In dit werk presenteren de auteurs twee vervolgstudies. De resultaten worden gebruikt om het ADLCAP aan te passen.</p>	<p>Gegevens uit een bestaande dataset (de interRAI) van 24724 patiënten werd gebruikt.</p> <p>Er werden 2 studies gedaan: 1 om te kijken of de "support vector machine SVM" (een machine learning algoritme, een uitbreiding vd KNN) betrouwbaarder is in het voorspellen van revalidatiepotentieel van thuiszorgcliënten dan het K-nearest neighbor algoritme (KNN).</p> <p>Dit revalidatiepotentieel kan met behulp van een algoritme worden vastgesteld. Een andere manier om revalidatiepotentieel vast te stellen is om te kijken naar 1 van de volgende criteria: 1) Stopzetting van thuiszorg waarbij mensen daarna zelfstandig blijven wonen, 2) Elke ADL verbetering in ADL-functioneren mbv de "InterRAI long form scale" . De gedachte was dat als ADL-functioneren van kwetsbare ouderen verbetert dat ze dan revalidatiepotentieel hebben (omdat de meeste kwetsbare ouderen juist een neergaande lijn laten zien).</p> <p>Er werd gekeken naar vals positieve en vals negatieve frequenties om revalidatiepotentieel te voorspellen en de positieve en negatieve likelihood ratio. Resultaten mbv SVM en KNN werden vergeleken met resultaten verkregen mbv de ADLCAP.</p> <p>Studie 2: de parameters van het algoritme werden anders gedefinieerd, nog steeds wel volgens de ADLCAP maar met minder verlies van informatie. Er werd gekeken of de voorspellingsnauwkeurigheid van het algoritme dan toenam.</p>

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9, Nr 14*

Statistical analysis (univariate vs multivariate)	Results
<p>24724 thuiszorgpatiënten, gemiddelde leeftijd 76.3 (SD 13.9), 68.9% vrouw, 15.7% met een vorm van dementie.</p>	<p>De SVM geeft geen nauwkeuriger voorspelling dan de KNN. Beiden konden het revalidatiepotentieel wel nauwkeuriger voorspellen dan de ADLCAP.</p> <p>Uit studie 2 komt naar voren dat het gebruik van algoritme-parametes volgens de ADLCAP op zich prima werkt, maar dat het algoritme nog iets betrouwbaarder wordt door de uitkomstmaten van de ADLCAP op een iets andere manier te definiëren.</p> <p>Conclusie is dat computeralgoritmes superieure voorspellingen geven van eht revalidatiepotentieel dan het huidige gebruikte protocol.</p> <p>De algoritmes laten minder ruimte voor interpretative en betekenisgeving. Ze kunnen worden gebruikt om protocollen te ontwikkelen dan wel aan te passen.</p>

Niet opgenomen artikelen in verband met irrelevantie voor onderwerp triage

Bürger W. und Deck R. SIBAR, ein kurzes Screenings-Instrument zur Messung des Bedarfs an Berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009; 48: 211-221.

Grill E. et al. ICF Score set development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. Disabil Rehabil 2005; 27: 361-366.

Grill E. et. al. ICF Score set for geriatric patients in early post-acute reha2005; 27: bilitation facilities. Disabil Rehabil 411-417.

Grill E. et. al. Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility. Disabil Rehabil 2005; 27: 467-473.

Meyer zu Schwabedissen H. et. al. Untersuchung zur Rehabilität des Geriatrischen Basisassessments. Z Gerontol Geriat 2000: 33: 1-8.

Verhoef J. et. al. Effectiveness of the introduction of an international classification of functioning, disability and health-based rehabilitation tool in multidisciplinary team care in patients with rheumatoid arthritis. Arthrit Rheumatsm 2007; 57: 240-248.

Wells J. et. al. State of the art in geriatric rehabilitation. Part one: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. Arch Phys Med Rehabil 2003; 84: 890-897.

Tabel 09a

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item					Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item		
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitvallers	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
1	Bowles 2009	3	1,5	1,5	3	3	5	5	5	5	2,5	2,5
2	Deckinger 2010	1,5	1,5	3	3	3	2,5	2,5	2,5	5	5	5
3	Foster 2004	3	3	3	1,5	3	5	0	0	2,5	2,5	5
4	Gabbe 2008	0	3	3	3	1,5	5	5	5	5	5	2,5
5	Gill 2009	3	3	3	0	3	5	5	5	5	5	5
6	Grill 2007	1,5	1,5	1,5	1,5	3	5	nvt	nvt	5	2,5	5
7	Harding 2010	3	3	3	3	3	5	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
8	Kus 2011	1,5	1,5	1,5	3	1,5	2,5	0	0	5	2,5	5

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9a*

Nr	Auteur, jaar	Studiedeelname					Studie-uitval			Meting van prognostische factoren (of excluded patients)		
		Puntentelling: 3 (maximaal) /1,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item							Puntentelling: 5 (maximaal) /2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5 (maximaal)/2,5/0 (minimaal) per hieronder genoemd item
		Adequate beschrijving van patiëntenpopulatie of doelpopulatie	Adequate beschrijving van steekproef en onderzoekspopulatie	Adequate beschrijving van in- en exclusie criteria	Adequate beschrijving van de basis onderzoekspopulatie	Adequate studieparticipatie	Adequate proportie deelnemers met complete dataset op uitkomsten	Beschrijving van uitkomsten en prognostische factoren van uitvallers	Reasons and potential impact of subjects lost to follow up described	Heldere definitie of beschrijving van de prognostische factor onder studie is gegeven	Meetinstrument en methode voor prognostische factor zijn valide en betrouwbaar om misclassificatie vertekening te limiteren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde
9	Lohmann 2011	1,5	3	1,5	3	3	5	5	5	2,5	0	5
10	Muller 2011	3	1,5	1,5	3	1,5	5	2,5	5	nvt	nvt	nvt
11	Pereira 2010	3	3	3	3	3	2,5	5	2,5	5	5	5
12	Ruchinkas 2001	3	1,5	1,5	3	3	2,5	0	5	5	5	5
13	Sherrington 2010	1,5	3	3	3	1,5	5	0	5	5	2,5	5
	Som van de scores	28,5	30	30	33	33	55	30	40	50	37,5	50
	Als percentage van de max. score	73% (28,5/39)	77% (30/39)	77% (30/39)	85% (33/39)	85% (33/39)	85% (55/65)	46% (30/65)	62% (40/65)	77% (50/65)	58% (37,5/65)	77% (50/65)

Tabel 09b

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaar om missclassificatie te beperken	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studieparticipanten hetzelfde	Er zijn voldoende gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	
1	Bowles 2009	5	5	2,5	5	5	5	64,5 (goed)
2	Deckinger 2010	5	5	5	5	5	5	64,5 (goed)
3	Foster 2004	5	5	5	5	5	5	58,5 (matig)
4	Gabbe 2008	5	5	2,5	5	5	5	65,5 (goed)
5	Gill 2009	5	2,5	5	5	5	5	69,5 (goed)
6	Grill 2007	5	2,5	5	5	5	5	64 (goed)
7	Harding 2010	5	2,5	5	5	nvt	5	42,5 (laag)
8	Kus 2011	5	2,5	5	5	5	5	56,5 (matig)
9	Lohmann 2011	2,5	0	5	5	5	5	57 (matig)

vervolg tabel ►

► *vervolg tabel 9b*

Nr	Auteur, jaar	Meting van uitkomstmaten			Statistische analyse en presentatie			Score kwaliteit (max. score: 75)
		Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			Puntentelling: 5/2,5/0 per hieronder genoemd item			≥60: goed 45-60: matig <45: laag
		Heldere definitie van de uitkomstmaten is gegeven	Methode en meetinstrument zijn valide en betrouwbaar om missclassificatie verteke-ning te limite- ren	Methode en setting van de meetmomenten zijn voor alle studiepartici- panten hetzelf- de	Er zijn voldoen- de gegevens om de analyses te kunnen beoordelen	De strategie om een model te bouwen is geschikt en gebaseerd op een conceptueel model of kader	Er is geen selectieve resultaten presentatie	
10	Muller 2011	5	5	2,5	5	5	5	50,5 (matig)
11	Pereira 2010	5	5	5	5	5	5	70 (goed)
12	Ruchinkas 2001	5	5	5	5	2,5	5	62 (goed)
13	Sherrington 2010	5	2,5	5	5	5	5	64,5 (goed)
	Som van de scores	62,5	47,5	57,5	65	57,5	65	
	Als percenta- ge van max. score	96% (62,5/65)	73% (47,5/65)	88% (57,5/65)	100% (65/65)	88% (57,5/65)	100% (65/65)	