

Prestatie indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg

INITIATIEF

Verenso

ORGANISATIE

Verenso

Adviserende verenigingen en organisaties

ActiZ

IGZ

LUMC

NHG

NPI

NVFG

NVKG

NZa

RN

VRA

ZN

Deze prestatie indicatoren worden ondersteund door

NPCF

OPDRACHTGEVER

VWS

FINANCIERING

VWS

Maart 2014

© Verenso

Inhoudsopgave

1.	Samenstelling werkgroepen	4
2.	Lijst van afkortingen	5
3.	Verantwoording werkwijze	6
3.1	Aanleiding	6
3.2	Uitgangspunten	6
3.2.1	Definities	6
3.2.2	Doelstelling en gebruikersgroepen	8
3.2.3	Diagnosegroepen	8
3.3	Projectstructuur	8
3.3.1	Patiëntenperspectief	9
3.3.2	Deskresearch / literatuuronderzoek	9
3.3.3	Proeftuinen SINGER	9
3.4	Aanbevelingen Leidraad GRZ	9
3.5	Verantwoording en samenvatting van de literatuur	10
3.6.	Proces	10
4.	De indicatorenset	12
4.1	Thema doelmatigheid	12
4.2	Thema patiënten en ervaringen	15
4.3	Randvoorwaardelijke indicatoren	18
5.	Aanbevelingen voor het vervolg	20
5.1	Situatieschets	20
5.2	Toetsen in pilotsetting	20
5.3	Verdere draagvlakvergroting	20
Bijlagen		
Bijlage 1	Verslag Invitational Conference Prestatie Indicatoren GRZ	21
Bijlage 2	Rapportage literatuuronderzoek Me-Ta	24

Hoofdstuk 1 Samenstelling werkgroepen

Leden Werkgroep

- Dhr. dr. R. (Romke) van Balen, specialist ouderengeneeskunde, Laurens locatie Antonius Binnenweg te Rotterdam
- Mw. A.J. (Aafke) de Groot, specialist ouderengeneeskunde, stafdocent geriatrische revalidatie GERION VUmc
- Mw. M.M. (Marian) van Gaasbeek, specialist ouderengeneeskunde/kaderarts GRZ, Azora te Terborg
- Mw. C. (Corrien) van Haastert, Msc, beleidsmedewerker patiëntenfederatie NPCF
- Mw. drs. C.F. (Carry) Stroosnijder, beleidsmedewerker Verenso

Leden Klankbordgroep

- Prof.dr. W.P. (Wilco) Achterberg, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, LUMC
- Dhr. A.J. (Arend) Arends, klinisch geriater, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Mw. drs. P.J.H. (Patricia) Geerts, beleidsadviseur, ActiZ (Branchebelang & Ondernemerschap)
- Mw. dr. I.M.E. (Ivette) Heesbeen, senior beleidsmedewerker, ActiZ (team Cliënt Kwaliteit en Innovatie)
- Mw. dr. L. (Lily) Heijnen, revalidatiearts, UMCU te Utrecht, vertegenwoordiger VRA
- Dhr. dr. J.S.M. (Hans) Hobbelen, fysiotherapeut en bewegingswetenschapper, lector Healthy Lifestyle, Ageing and Healthcare, Hanzehogeschool Groningen, bestuurslid NVFG
- Dhr. drs. (Cor) Keuning, senior beleidsmedewerker Tweedelijns somatische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Dhr. J. (Jasper) van Kuik, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Mw. dr. C.D. (Dorine) van Ravensberg, Programmaleider 'Kwaliteit en Doelmatigheid Paramedische Zorg', Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)
- Dhr. G. (Gerrit) Saleminck, arts M&G, medisch adviseur, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Dhr. drs. J.W.B. (Jeroen) Smale, beleidsmedewerker, Revalidatie Nederland
- Dhr. dr. C. (Carrol) Terleth, Medisch Directeur Roessingh Centrum voor Revalidatie, lid BOIK (RN), voorzitter commissie prestatie indicatoren (VRA/RN)
- Dhr. drs. W. (Wimjan) Vink, ActiZ (team Cliënt Kwaliteit en Innovatie)
- Mw. E.M. (Ellen) Zijp, arts MBA-h, coördinerend/specialistisch senior inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ondersteuning en advies

- Mw. drs. M.L.M. Th. (Monique) Bogaerts, beleidsmedewerker Verenso
- Mw. drs. L.P.M. (Lauri) Faas, communicatieadviseur Verenso
- Mw. J. (Judith) Heidstra, beleidsondersteuner Verenso
- Mw. B. (Boudewien) Mulder, CvZ/Kwaliteitsinstituut
- Dhr. F.J. (Franz) Roos, directeur verenso
- Dhr. P.E. (Pieter) le Rütte, beleidsmedewerker Verenso
- Dhr. ir. J.S.H. (Jeroen) Schols, projectleider Inzicht in Revalidatie, Revalidatie Nederland
- Dhr. dr. J. (Joan) Vlayen, arts-methodoloog en informatiespecialist, ME-TA instituut te Brussel België

Hoofdstuk 2 Lijst van afkortingen

ActiZ	Branche organisatie voor ondernemers in de zorg
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVA	Cardio Vascular Accident
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MS	Multiple Sclerosis
NHG	Nederland Huisartsen Genootschap
NPI	Nederlands Paramedisch Instituut
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NVFG	Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie in de Geriatrie
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
RN	Revalidatie Nederland
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

Hoofdstuk 3 Verantwoording werkwijze

3.1 Aanleiding

Op het terrein van de geriatrische revalidatiezorg is de afgelopen jaren veel werk verzet. In het kader van de overheveling van AWBZ naar ZVW kwam deze zorg nog eens extra onder de aandacht. Deze rapportage beschrijft de prestatie indicatoren voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de ontwikkeling ervan. Ze zijn ontwikkeld in opdracht van VWS, door specialisten ouderengeneeskunde en patiëntenorganisatie NPCF, gesteund met advies uit het brede veld van de geriatrische revalidatiezorg middels een klankbordgroep.

3.2 Uitgangspunten

De uitgangspunten voor de indicatoren zijn uit de diverse overleggen met de klankbordgroep en andere betrokkenen door de werkgroep als volgt geformuleerd:

1. De indicatoren dienen aan te sluiten bij de landelijk vastgestelde definitie voor geriatrische revalidatiezorg en dienen ook te passen in de gangbare financieringssystematiek.
2. De indicatoren dienen zo min mogelijk extra meetlast te veroorzaken voor patiënten, hun mantelzorgers en medewerkers van zorginstellingen. Een klein aantal sterke indicatoren was ons streven en het mochten er niet meer dan tien worden.
3. Reeds opgebouwde kennis geldt als uitgangspunt: relevante richtlijnen, de aanbevelingen in de Leidraad GRZ, de Behandelkaders GRZ, en de rapportage van de NPCF: Geriatrische revalidatie, wat vinden cliënten belangrijk.
4. Een indicator dient een doel. Die doelen dienen vooraf te worden vastgesteld. Niet ieder doel vindt binnen de klankbordgroep en het veld evenveel draagvlak.

3.2.1 Definities

Voor een eenduidig begrip zijn definities noodzakelijk. De meeste definities hieronder zijn afkomstig uit het triage instrument voor geriatrische revalidatiezorg. De definitie van 'geriatrische revalidatiezorg' is afkomstig uit de definitie uit de ZVW die inmiddels voorhanden is.

Basis monodisciplinaire behandeling

Behandeling die wordt geleverd door één behandelaar.

Basis verpleegkundige zorg

Zorg die wordt geleverd door verzorgenden of verpleegkundigen waarbij één zorgverlener (niet meer dan één paar handen aan het bed) nodig is.

Belastbaarheid

Het conditioneel, motivationeel, psychisch en fysiek aankunnen van een bepaalde hoeveelheid aan (revalidatie) activiteiten, waarbij tevens de inzetbaarheid van de mantelzorg in de thuissituatie wordt betrokken.

Complexe multimorbiditeit

De aanwezigheid van verschillende ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps die leiden tot het verlies van welbevinden, waarbij de oorzaken van de problemen moeilijk te ontrafelen zijn en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten nogal eens anders zijn dan verwacht.

Geriatrische revalidatiezorg

- Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie (thuissituatie kan ook verzorgingshuis zijn) mogelijk is.

- De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a) de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanpakken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
 - b) de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
- De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Herstelzorg

Basis medische monodisciplinaire behandeling en basis verpleegkundige zorg waarbij gestreefd wordt naar verbetering en op zijn minst behoud van het functioneren en het behoud of vergroten van (maatschappelijke) participatie.

Kwetsbaarheid

Een gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

Medische stabiliteit

Evenwicht in de (vitale) functies van een patiënt zodanig dat zijn gezondheidstoestand niet of nauwelijks verandert.

Medisch specialistische revalidatiezorg

Revalidatiezorg te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen onder de eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Om een indicatie voor medisch specialistische revalidatiezorg te verkrijgen spelen de volgende factoren een belangrijke rol:

- Er is sprake van stoornissen die (kunnen) leiden tot complexe en/of ingrijpende blijvende beperkingen;
- De verwachte mate van herstel;
- De meervoudigheid van de aanwezige of te verwachten beperkingen, gecombineerd met de complexiteit van de doelstellingen. Hierbij wordt het premorbide niveau van functioneren van de patiënt in aanmerking genomen;
- De trainbaarheid/leerbaarheid en belastbaarheid;
- De mogelijkheid dat de patiënt weer (op termijn) in een eigen eventueel aangepaste woonsituatie kan functioneren.

Revalidatie

Een multidisciplinaire, doelgerichte en taakgeoriënteerde diagnostiek of behandeling op zijn minst ter behoud, maar strevende naar verbetering van het functioneren en het behoud of vergroten van (maatschappelijke) participatie.

Triage

Een zo vroeg mogelijk gestart dynamisch beslisproces waarmee patiënten, waarvan verwacht wordt dat er beperkingen in activiteiten en/of participatie (of een verergering daarvan) zullen ontstaan, worden geïndiceerd tijdens een ziekenhuisopname voor de juiste revalidatiezorg op de juiste plaats.

3.2.2 Doelstelling en gebruikersgroepen

Bij de start van de ontwikkeling van de prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg zijn we veelvuldig door onze adviseurs (klankbord) en relevante literatuur gewezen op de noodzaak tot:

- a. het beperken van de doelen die ten grondslag liggen aan de indicatoren, en daarmee
- b. het aantal gebruiksgroepen te beperken.

In de literatuur worden vier doelstellingen voor indicatoren onderscheiden:

- kwaliteitsverbetering,
- keuze informatie voor patiënten en hun mantelzorgers,
- inkoop en
- toezicht

De werkgroep heeft ervoor gekozen de indicatoren primair te ontwikkelen voor:

- a. Het verbeteren van de kwaliteit van de GRZ in de keten. De indicatoren moeten een stimulans zijn voor het voeren van een gesprek over verschillende kwaliteitsaspecten binnen de zorginstellingen die een keten vormen in het kader van GRZ.
- b. Het vergelijken van de kwaliteit tussen de verschillende GRZ ketens (benchmark).
- c. Het genereren van keuze informatie voor patiënten en hun mantelzorgers

3.2.3 Diagnosegroepen

De patiënten die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatiezorg zijn in te delen in de volgende diagnosegroepen:

- CVA,
- electieve orthopedie,
- trauma,
- amputaties,
- overige aandoeningen, waaronder COPD, hartfalen, Parkinson.

3.3 Projectstructuur

De projectstructuur bestond uit een werkgroep die de indicatoren ontwikkelde, een klankbordgroep die adviseerde. De werkgroep GRZ van VWS werd een aantal keren op hoofdlijnen geïnformeerd. De werkgroep bestond uit specialisten ouderengeneeskunde die eerder betrokken waren bij de ontwikkeling van de Behandelkaders GRZ en Leidraad GRZ en een specialist ouderengeneeskunde met de kaderopleiding Geriatrische Revalidatie. Daarnaast werd patiëntenfederatie NPCF gevraagd mee te werken voor inbreng en uitwerking van het patiëntenperspectief.

Naast de werkgroep is een klankbordgroep samengesteld met een vertegenwoordiger van huisartsen (NHG), klinisch geriater (NVKG), paramedici (NPI en NVFG), revalidatie artsen (VRA), wetenschap (Hanzehogeschool, LUMC, NHG), branche organisaties (RN, ActiZ) en overige belanghebbende organisaties (NZa, IGZ, ZN, VWS). Deze vertegenwoordigers hebben gereageerd op tussentijdse producten van de werkgroep. In eerste instantie schriftelijk via de e-mail en later, in het stadium van concept indicatoren, ook in persoonlijke gesprekken met de projectleider. Diverse beleidsmedewerkers van Verenso (in het kader van GRZ of kwaliteit) hebben de werkgroep van adviezen voorzien gedurende het project.

In een laatste fase zijn klankbordleden en leden van de werkgroep VWS bijeen gekomen in een invitational conference om te discussiëren over de indicatoren en een aantal openstaande vragen. Het doel van deze invitational conference was verdere vergroting van het draagvlak en een extra inbreng van professionals en anderszins deskundigen. Naar aanleiding van de discussie in deze bijeenkomst is de werkgroep nog eenmaal bijeengekomen en heeft daarop nog een indicator geschraapt, te weten de ontslagbestemming na het ziekenhuis. We meenden als werkgroep dat deze indicator interessante kengetallen zou kunnen opleveren over het percentage patiënten binnen een aantal diagnosegroepen in het ziekenhuis dat instroomt in de geriatrische revalidatiezorg. Het heeft echter niet direct een relatie met de kwaliteit van zorg. De overgebleven zeven indicatoren worden omschreven in hoofdstuk 4.

3.3.1 Patiëntenperspectief

Het patiëntenperspectief kreeg een bijzondere plek in ons project. Op basis van de interviews door de NPCF volgde een beschrijving van de doelen van patiënten, wat zij vinden dat goede revalidatiezorg is en waar ze verbetermogelijkheden zien. Een beleidsmedewerker van NPCF werkte met input van de werkgroep indicatoren voor patiëntervaringen uit, onder andere op basis van het voorgaande onderzoek.

3.3.2 Desksearch/literatuuronderzoek

Als basis is gebruikgemaakt van deskresearch naar de actuele stand van de wetenschap betreffende geriatrische revalidatie zorg in het algemeen en tevens voor de diverse diagnose groepen. De gevonden literatuur is beoordeeld, evidence tabellen zijn gemaakt en conclusies geformuleerd. Daarna is het SINGER onderzoek gevraagd een samenvatting te geven van haar resultaten en de in het onderzoek gemeten onderzoeksvragen te vergelijken met de door MeTa gevonden richtlijnen en indicatoren. NPCF interviewde patiënten van een aantal instellingen, dat deelnam aan het SINGER onderzoek.

3.3.3 Proeftuinen SINGER

Het Singer onderzoek handelt over patiënten die geïndiceerd zijn voor geriatrische revalidatie in een verpleeghuis. Zestien zorgaanbieders hebben in 2011 en 2012 een aantal innovatieve programma's op het gebied van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) geïmplementeerd. Het doel van SINGER was om in het proeftuinproject de effectiviteit van deze innovatieve geriatrische revalidatie programma's te beoordelen. Singer werd gevraagd een weergave van relevante proces en uitkomstmaten te geven en deze te vergelijken in de eerste twee cohorten. Daarnaast werd gevraagd verschillen per diagnosegroep aan te geven en de verschillen (opname/ontslag) voor de belangrijkste effectmaten. Prestatie-indicatoren uit het onderzoek werden vergeleken met de lijst van ME-TA en er werd een samenvatting van medisch inhoudelijke indicatoren op basis van de SINGER data gevraagd.

3.4 Aanbevelingen Leidraad GRZ

De Leidraad GRZ, voortkomend uit de resultaten van het landelijke project 'Proeftuinen Geriatrische Revalidatiezorg', heeft een aantal aanbevelingen gedaan die mede een basis vormden voor het identificeren van kritische succesfactoren voor de geriatrische revalidatiezorg. De volgende kritische succesfactoren zijn beschreven:

- Een minimumomvang van 10 tot 15 plaatsen per doelgroep.
- Ketenaafspraken.
- Begeleiding van zorgtrajecten door één persoon.
- De formatie verzorgenden en behandelaars is van voldoende kwaliteit en omvang.
- Innovatie en wetenschappelijke onderbouwing ervan wordt gestimuleerd door relevante organisaties.

3.5 Verantwoording en samenvatting van de literatuur

Er heeft een brede, systematische zoekstrategie plaatsgevonden. Onderzoeksvragen daarbij waren:

- Welke (inter)nationale evidence-based richtlijnen werden gepubliceerd over revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen, en wat is hun kwaliteit?
- Welke indicatoren werden gepubliceerd over revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen?

De volgende bronnen werden geraadpleegd:

- OVID Medline (zoekdatum 23 april 2012);
- National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov (zoekdatum 26 april 2012);
- GIN: www.g-i-n.net (zoekdatum 26 april 2012);
- gfgWebsites van richtlijnorganisaties (Tabel 1; zoekdatum 26 april 2012);
- Websites van de volgende (inter)nationale revalidatie organisaties (zoekdatum 26 april 2012): British Society of Rehabilitation Medicine, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Society for Research in Rehabilitation, European Society of Physical and Rehabilitation Medicine, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, International Society of Clinical Rehabilitation Specialists, American Society for Neurorehabilitation, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Werkgroep CVA Nederland, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO).

De zoekacties zijn door een deskundig medewerker van het Medical Evaluation Technology Assessment instituut verricht. Een overzicht van de zoekacties is opgenomen in bijlage A. Resultaat is dat er weliswaar relevante richtlijnen en indicatoren gevonden worden, maar dat er geen enkele geselecteerde richtlijn of indicator specifiek over ouderen gaat. Van belang hierbij is de kennis dat de doelgroep waar we hier mee te maken hebben een zeer specifieke, zeer kwetsbare doelgroep is met veel comorbiditeit. Hierop zijn algemene richtlijnen voor de onderscheiden diagnosegroepen nauwelijks toepasbaar.

3.6 Proces

In de eerste vergadering van de algemene werkgroep werden de doelen en uitgangspunten gedefinieerd. Er werd besloten de bestaande definitie van Geriatrische Revalidatiezorg te hanteren, met dien verstande dat ook rekening moet worden gehouden met het criterium dat er altijd een ziekenhuisopname vooraf dient te gaan aan het openen van de DBC GRZ. Ook werden de thema's vastgesteld op basis van de kritische kenmerken van Geriatrische Revalidatiezorg. Dit gebeurde aan de hand van de Behandelkaders/ Leidraad GRZ en de thema's van de Indicatorenverzameling Inzicht in Revalidatie 2013 van Revalidatie Nederland en de Vereniging van Revalidatie Artsen en de rapportage van NPCF over wat patiënten goede GRZ vinden.

Er werd tussentijds uitgebreid gesproken met de twee meest relevante partners in het veld: ActiZ (branche organisatie) en Revalidatie Nederland/ VRA. Met RN vanwege de gewenste afstemming met de reeds bestaande Revalidatie indicatoren. En met ActiZ, omdat zij de branche organisatie is voor verpleeginstellingen. ActiZ zou een belangrijke rol kunnen hebben in de implementatie van de indicatoren en eventuele doorontwikkeling. Beide partijen brachten deskundigheid in, maar gaven ook beperkingen aan. Doelen, uitgangspunten en thema's zijn vervolgens beschreven in een eerste tussenproduct dat middels mailwisseling van het klankbord inhoudelijk is besproken.

Na deze voorbereidende fase is een groslijst van indicatoren geformuleerd en heeft de werkgroep een prioritering aangebracht. Formulering van de indicatoren volgde, als ook een verfijning daarvan. Vervolgens heeft een gesprekkenronde plaatsgevonden met de beschikbare leden van de klankbordgroep op basis waarvan een aantal indicatoren wijzigde of afviel. De projectleider heeft in de zomerperiode voor een bestuurdersbijeenkomst van ActiZ een presentatie gehouden over de stand van zaken van dat moment.

De werkgroep Geriatrische Revalidatiezorg van VWS, waarin veel van de bij dit project betrokken partijen zitting hebben, werd telkens op hoofdlijnen geïnformeerd. In de eindfase van het traject heeft een invitational conference plaatsgevonden met de klankbordgroep en betrokkenen bij de werkgroep VWS over de GRZ om een laatste consultatieronde te laten plaatsvinden.

De werkgroep van Verenso is in december 2013 nog eenmaal bij elkaar gekomen om de discussiepunten uit de invitational te bespreken, waar nodig indicatoren aan te passen of alsnog te verwerpen. Een verslag van de invitational conference is verzonden aan allen die werden uitgenodigd deel te nemen aan de bijeenkomst. Daarna is de rapportage opgesteld en afgestemd met de werkgroepleden. Vervolgens is de rapportage nog eenmaal voor commentaar verzonden aan de leden van de klankbordgroep. Waarna de rapportage is vastgesteld en verzonden aan de opdrachtgever VWS.

Hoofdstuk 4 De indicatorenset

In dit hoofdstuk treft u de prestatie indicatoren aan die de werkgroep Prestatie Indicatoren GRZ heeft ontwikkeld, op basis van literatuuronderzoek en met de input van de klankbordleden die ieder een bepaalde deskundigheid en soms ook een koepelorganisatie vertegenwoordigden.

Advies 1 – In een pilotsetting toetsen

Het niveau van het 'level of evidence' van de indicatoren is die van de 'expert opinion'. Daarom adviseert de werkgroep de indicatorenset eerst in een pilotsetting te toetsen. Op basis van de uitkomsten kan besloten worden of iedere instelling eraan moet voldoen.

Advies 2 – Barthel Index of USER

Het meten van het functioneren bij opname en bij ontslag is bij een aantal indicatoren noodzakelijk. Hiervoor wordt over het algemeen door afdelingen geriatrie revalidatie de Barthel Index gebruikt. Er is echter een uitgebreider instrument dat hiervoor gebruikt kan worden: de USER. De Barthel Index kan hieruit worden afgeleid. Instellingen die een voorkeur hebben voor de USER hoeven daarom niet per se de Barthel Index te gebruiken.

Overzicht prestatie indicatoren

Thema doelmatigheid

1. Ontslagbestemming na geriatrie revalidatie
2. Revalidatie efficiëntie

Soort indicator

uitkomst
uitkomst

Thema patiëntenervaringen

3. Kwaliteit van leven na geriatrie revalidatie
4. Regie over de zorg
5. Tevredenheid over zorg en zorgovergangen

uitkomst
uitkomst
proces

Thema expertise

6. Deskundigheid

structuur

Thema ketenafspraken

7. Convenant

structuur

4.1 Thema doelmatigheid

Onder het thema doelmatigheid zijn twee indicatoren ontwikkeld:

1. Ontslagbestemming na geriatrie revalidatie, en
2. Revalidatie efficiëntie

Beiden zijn uitkomstindicatoren. Ze zijn ontwikkeld om het resultaat van de geriatrie revalidatiezorg te meten, er vanuit gaande dat de resultaten mede bepaald worden door de kwaliteit van zorg. Ook wordt rekening gehouden met een aantal factoren dat medebepalend kan zijn.

Indicator 1 - Ontslagbestemming na geriatrische revalidatie	
Relatie tot kwaliteit	Het hoofddoel van patiënt/ mantelzorger en behandelaars in de geriatrische revalidatie is ontslag naar de oorspronkelijke woonomgeving.
Operationalisering	Bij opname op de revalidatie afdeling voor geriatrische revalidatiezorg vastleggen wat de woonsituatie was vóór ziekenhuisopname. Bij ontslag vastleggen van de ontslagbestemming na de geriatrische revalidatie.
Teller	<u>Per instelling:</u> Aantal patiënten dat in het lopende jaar van de geriatrische revalidatie afdeling ontslagen is naar de oorspronkelijke woonomgeving.
Noemer	<u>Per instelling:</u> Totaal aantal patiënten dat in het lopende jaar is ontslagen van de geriatrische revalidatie afdeling.
Definities	<u>Oorspronkelijke woonomgeving:</u> de woonsituatie vóór de ziekenhuisopname. Dit kan een zelfstandige woonvorm zijn of een andere woonvorm. <u>Ontslag:</u> einde verblijf in het kader van de DBC GRZ.
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Er zijn belangrijke verschillen te verwachten tussen de hoofdgroepen in diagnose: trauma, CVA, electieve orthopedische chirurgie en overige. Het is dus nodig hierover gescheiden te rapporteren. Om ongewenste selectie bij opname te voorkomen is het van belang te corrigeren voor functioneren bij opname door in drie groepen te verdelen op basis van de Barthel Index. Deze indeling in drie groepen kan pas tot stand komen als deze indicator één meetjaar lang is vastgelegd en getoetst. Dan dienen de tertielen van de functionele scores bij opname van alle instellingen berekend te worden.
Literatuur	Peerenboom PGB, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Leusden 2008. www.etc-tangram.nl . Consortium Geriatrische revalidatie. Samenwerking en Innovatie in de geriatrische revalidatie zorg . Resultaten SINGER. singer@lumc.nl 2013. Consortium geriatrische revalidatie. Leidraad geriatrisch revalidatie zorg. singer@lumc.nl 2013.
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntdossier, bij opname en bij ontslag
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Organisatie
Orderingskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, efficiëntie
Fase in zorgproces	Bij ontslag naar oorspronkelijke woonomgeving volgens definitie

Indicator 2 - Revalidatie efficiëntie	
Relatie tot kwaliteit	De combinatie van vooruitgang in functioneren in relatie tot de duur van opname geeft een indicatie van de kwaliteit van de geriatrische revalidatiezorg.
Operationalisatie	Verhouding van verandering van functioneren - op patiëntniveau gemeten met de Barthel Index, per instelling - en de opnameduur in weken.
Teller	<u>Per instelling voor geriatrische revalidatie zorg:</u> Som van de verschillen in scores tussen opname en ontslag van alle ontslagen geriatrische revalidanten in het rapportage jaar.
Noemer	Som van de opnameduur in weken van alle geriatrische revalidatiepatiënten per jaar.
Definities	<u>Ontslag:</u> <ul style="list-style-type: none"> • ontslag van de geriatrische revalidatie afdeling naar huis of een andere woon-/ zorgomgeving, of • de start van chronische zorg op basis van een Zorgzwaartepakket.
In-/exclusiecriteria	Inclusie van patiënten waarvoor een DBC GRZ geopend is, die zijn ontslagen van een geriatrische revalidatie afdeling. Exclusie van patiënten die zijn ontslagen naar het ziekenhuis (inclusief revalidatiecentrum) en overlijden.
Beschrijving Populatieverschillen	Er zijn belangrijke verschillen in niveau van functioneren bij opname en potentie tot verandering. Er zijn verschillen in triage en ketenafspraken die de resultaten vertekenen. Om die reden is het van belang te corrigeren voor functioneren bij opname door in drie groepen te verdelen op basis van de Barthel Index. Deze indeling in drie groepen kan pas tot stand komen als deze indicator één meetjaar lang is vastgelegd en getoetst. Dan dienen de tertielen van de functionele scores bij opname van alle instellingen berekend te worden.
Literatuur	Thiesen, drs. Jetty et al, Gebruik USER in het verpleeghuis. Bruikbaarheid van de USER versus de Barthel Index. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, april 2013. Shah, S. et al, Efficiency, effectiveness, and duration of stroke rehabilitation. Stroke, American Heart Association, 1990.
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntendossiers
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens in het jaar
Meetniveau	Patiënt
Orderingskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Efficiëntie
Fase in zorgproces	Bij opname en bij ontslag aanbieder geriatrische revalidatiezorg

4.2 Thema patiënten en ervaringen

Hoe patiënten de zorg ervaren is naast het feitelijk resultaat een belangrijke resultante van de kwaliteit van zorg. Er zijn daarom drie indicatoren ontwikkeld onder het thema 'patiënten ervaringen':

3. kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie,
4. regie over de zorg en
5. tevredenheid over zorg en zorgovergangen.

Indicator 3 - Kwaliteit van leven na geriatrische revalidatie	
Relatie tot kwaliteit	Hoe de uitkomst van de geriatrische revalidatie zorg door de patiënt ervaren wordt, is een deel van kwaliteit van zorg.
Operationalisering	<p>a. Gemiddelde van het verschil score EQ-5D-5L aan begin en aan het eind van de revalidatie. De patiënt wordt gevraagd naar ervaren kwaliteit van leven middels de laatste versie van de EQ-5D.</p> <p>b. Gemiddelde score van de beoordeling van de eigen gezondheidstoestand, door de patiënt op een schaal van 0-100.</p> <p>Twee dagen na opname ziekenhuis en drie maanden na ontslag instelling voor geriatrische revalidatie zorg.</p>
Teller	<p>a. Som verschil scores EQ-5D begin en eind geriatrische revalidatie</p> <p>b. Som van alle gezondheidstoestand scores (schaal 0 – 100)</p>
Noemer	<p>a. Aantal gescoorde patiënten</p> <p>b. Aantal gescoorde patiënten</p>
Definitie	<p><u>EQ-5D-5L</u> De EQ-5D is een meetinstrument dat op vijf niveaus meet. Namelijk mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De EQ-5D-5L is de laatste versie ervan. Het is een korte vragenlijst met vijf antwoordcategorieën.</p>
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Er zal een categorie patiënten zijn die dit niet kan. In dat geval wordt de mantelzorger gevraagd dit te doen. Wel wordt in dat geval vastgelegd dat de antwoorden door de mantelzorger zijn gegeven. Uit onderzoek binnen SINGER is namelijk gebleken dat mantelzorgers anders oordelen dan patiënten.
Literatuur	<p>Jonathan J Evans. Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. www.co-neurology 25-6, December 2012</p> <p>Paul Stolee, Marlene Awad. A multi-site study of the feasibility and clinical utility of Goal Attainment Scaling in geriatric day hospitals. Disability & Rehabilitation 2012; 34(20): 1716-1726</p>
Gegevensverzameling	
Bron	Patiëntdossier
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Orderingskader	
Type indicator	Uitkomst
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid
Fase in zorgproces	Begin en eind van het traject van geriatrische revalidatiezorg

Indicator 4 - Regie over de zorg	
Relatie tot kwaliteit	Voor de patiënt is een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg invloed te hebben op de match tussen de door hem of haar gewenste doelen en dat wat haalbaar is. Om voldoende invloed te kunnen hebben, is het voor patiënten/ mantelzorgers essentieel dat zij voldoende informatie hebben om keuzes te kunnen maken. Daarnaast dienen patiënten/mantelzorgers zodanig bejegend te worden dat zij zich niet geremd voelen bij het nemen van regie.
Operationalisering	Per patiënt/mantelzorger uitvragen van de betrokkenheid van de patiënt bij het opstellen en evalueren van het zorgplan, ontvangen informatie en bejegening. <ol style="list-style-type: none"> 1. Heeft u het gevoel dat u voldoende informatie heeft gekregen? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet) 2. Heeft u het gevoel dat er voldoende naar u is geluisterd? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet) 3. Heeft u zich over het algemeen gehoord gevoeld? (antwoordcategorieën: ja, nee, een beetje, weet niet)
Teller	<u>Per vraag, per instelling</u> Aantal positieve antwoorden ('ja')
Noemer	<u>Per vraag, per instelling</u> Totaal aantal patiënten die de vraag hebben beantwoord
Definitie	<u>Regie over de zorg</u> Regie over de zorg is de mate waarin de patiënt /de mantelzorger invloed heeft op beslissingen en controle ervaart over de uitvoering van de zorg. <u>Zorgplan</u> Het zorgplan is hiervoor een belangrijk middel. In een gesprek tussen (hoofd)behandelaars(s) en patiënt/mantelzorger worden afspraken gemaakt over einddoel, tussendoelen en hoe deze te behalen (interventies). Deze afspraken komen in het zorgplan. Gedurende de revalidatie wordt het zorgplan geëvalueerd door behandelaars en patiënt/mantelzorger. Indien nodig wordt dit plan bijgesteld.
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Wanneer patiënten niet zelf de vragenlijst kunnen invullen doen zij dit samen met de mantelzorger. Is dit het geval dan wordt genoteerd dat de patiënt samen met de mantelzorger heeft ingevuld.
Literatuur	Totdat er een goede lijst bestaat voor het betrouwbaar meten van ervaren regie bij patiënten in de geriatrische revalidatiezorg, worden bovenstaande vragen geadviseerd.
Gegevensverzameling	
Bron	Bij ontslag wordt de patiënt gevraagd
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Orderingskader	
Type indicator	Proces
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid
Fase in zorgproces	Bij ontslag

Indicator 5 -Tevredenheid zorg en zorgovergangen	
Relatie tot kwaliteit	Deze indicator beschrijft de ervaring van patiënten over de geleverde zorg door de gehele GRZ keten. De ervaring van de patiënt is een belangrijk criterium voor kwaliteit. Het tijdig en naadloos aansluiten van zorg is essentieel voor patiënten (Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden patiënten belangrijk. Input voor prestatie-indicatoren geriatrische revalidatiezorg, NPCF Oktober 2012)
Operationalisatie	<ul style="list-style-type: none"> a. Net Promotor Score voor de zorg per instelling waar de patiënt verblijft voor GRZ b. Rapportcijfer per overgang (ziekenhuis – verpleeghuis – thuis) c. Rapportcijfer voor de gehele keten
Teller	<ul style="list-style-type: none"> a. aantal tevredenen (Net Promotor Scores boven 0) b. en c. aantal mensen dat 8 of hoger scoort
Noemer	totaal aantal respondenten (voor a: ingevulde Net Promotor Scores per zorginstelling. In staafdiagram ook aantallen scores 0-6 /7-8 /9-10 weergeven.)
Definities	<p><u>GRZ Keten</u>: ziekenhuis – verpleeghuis (of andere instellingen die een DBC GRZ kunnen openen) – thuis. De plaatsen van verblijf volgen elkaar niet altijd in die volgorde op. Zo kunnen patiënten soms opnieuw van verpleeghuis naar ziekenhuis worden opgenomen.</p> <p><u>Net Promotor Score</u>: specifieke methodiek voor het uitvragen van klanttevredenheid en het daarna verwerken en interpreteren van scores. http://www.netpromoter.nl/Net-Promoter-Score.html http://nl.checkmarket.com/2011/06/net-promoter-score-nps/</p>
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	Mogelijk zijn er verschillen in ervaren kwaliteit tussen de verschillende hoofdgroepen. Bijvoorbeeld door specialisatie van ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie thuis. Daarom onderscheid in de hoofdgroepen CVA, electieve heup en knie chirurgie, traumatologie en overigen (inclusief amputaties)
Literatuur	Pilligrimiene, Z. & Buciuniene, I (2008). Different Perspectives on Health Care Quality: Is the Consensus Possible? ISSN 1392-2785 Engineering Economics. 2008. No 1 (56) Economics of Engineering Decisions. http://glossarium.regieraad.nl
Gegevensverzameling	
Bron	Patiënt of mantelzorger wanneer de patiënt niet in staat is. Er wordt vastgelegd wie de vragen heeft beantwoord.
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportage frequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Patiënt
Ordeningskader	
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Patiëntgerichtheid, tijdigheid
Fase in zorgproces	Na iedere zorgovergang

4.3 Randvoorwaardelijke indicatoren

De werkgroep is van mening dat een aantal randvoorwaarden minimaal aanwezig moet zijn om kwaliteit van zorg en goede resultaten te waarborgen. Om die reden is besloten twee indicatoren onder de thema's deskundigheid personeel en convenant op te nemen.

Indicator 6 - Deskundigheid personeel	
Relatie tot kwaliteit	Specifieke kennis op het terrein van geriatrische revalidatie is noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteit van zorg.
Operationalisering	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een verpleeghuis dat geriatrische revalidatiezorg levert, heeft een gespecialiseerde afdeling voor GRZ. 2. Een specialist ouderengeneeskunde met expertise op het gebied van geriatrische revalidatie zorg (bij voorkeur een afgeronde kaderopleiding) maakt onderdeel uit van het behandelteam van een GRZ afdeling in een verpleeghuis. 3. Op een locatie met een afdeling GRZ is er een 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 of 5.
Teller	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dit verpleeghuis dat geriatrische revalidatiezorg levert, heeft een gespecialiseerde afdeling voor GRZ. Ja/nee 5. Op deze locatie maakt een specialist ouderengeneeskunde met expertise op het gebied van geriatrische revalidatie zorg (bij voorkeur een afgeronde kaderopleiding) onderdeel uit van het behandelteam van een GRZ afdeling in een verpleeghuis. Ja/nee. 6. Op deze locatie met een afdeling GRZ is er een 24-uurs aanwezigheid van verpleegkundig niveau 4 of 5. Ja/nee
Noemer	n.v.t.
Definitie	-
In-/exclusiecriteria	Geen
Beschrijving Populatieverschillen	n.v.t.
Literatuur	Leidraad GRZ, http://glossarium.regieraad.nl/Kwaliteitsdomeinen_gezondheidszorg
Gegevensverzameling	
Bron	Instelling
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per jaar
Meetniveau	Organisatie
Ordeningskader	
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, toegankelijkheid, gelijkheid
Fase in zorgproces	Voorafgaand aan de zorg, randvoorwaarde

Indicator 7 - Convenant	
Relatie tot kwaliteit	Er kan alleen sprake zijn van kwaliteit van zorg wanneer er minimaal afspraken zijn gemaakt in de keten over bepaalde onderwerpen en de verschillende deelnemende partijen zich daar aan gecommitteerd hebben.
Operationalisering	Een afvinklijst met de onderwerpen waarover minimaal overeenstemming moet zijn tussen deelnemende partijen. Alle hokjes dienen aangevinkt te zijn om een 'ja' op te leveren. <ul style="list-style-type: none"> o Deelnemende partijen (op stichtingsniveau) zijn minimaal: ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, huisartsen en thuiszorg, o Doelstelling/ uitgangspunten keten/ netwerk (per doelgroep) o Organisatie en regie van het netwerk met beschrijving taken en verantwoordelijkheden van de betrokken netwerkleden o Afspraken over wachttijden o Afspraken over triage o Afspraken over informatievoorziening tussen de betrokken ketenpartners o Afspraken over inhoud en borging zorgpaden per doelgroep
Teller	Aantal instellingen met een convenant dat aan de minimum eisen voldoet
Noemer	n.v.t.
Definitie	<u>Convenant</u> In een convenant legt men afspraken vast tussen verschillende zorgpartijen. Die zorgpartijen onderschrijven deze afspraken door ze te ondertekenen. Niet voor iedere diagnosegroep bestaan ketens (of zorgpaden). Deze indicator kan een stimulerend effect hebben op het vastleggen van afspraken.
In-/exclusiecriteria	n.v.t.
Beschrijving Populatieverschillen	n.v.t.
Literatuur	Leidraad GRZ
Gegevensverzameling	
Bron	Organisatie
Verslagjaar	Pilotjaar
Rapportagefrequentie	Eens per verslagjaar
Meetniveau	Organisatie
Orderingskader	
Type indicator	Structuur
Kwaliteitsdomein	Veiligheid, gelijkheid
Fase in zorgproces	Randvoorwaarde voor soepele zorgovergangen; voorafgaand aan zorg

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen voor het vervolg

5.1 Situatieschets

Prestatie indicatoren met andere doelen dan het meten en verbeteren van interne kwaliteit en cliëntkeuze informatie stuiten op weerstand bij de branche organisatie ActiZ. Naar aanleiding van het verslag van de invitational conference in december 2013 is dit nogmaals benadrukt. Toch heeft de werkgroep van Verenso met haar klankbordgroep in het veld ook indicatoren ontwikkeld met het doel 'onderling vergelijken'. Revalidatie Nederland ziet graag een gezamenlijke structuur ontstaan voor de verdere ontwikkeling van prestatie indicatoren in het kader van de geriatrische revalidatie zorg. Diverse representanten van zorgverzekeraars hebben regionaal hier en daar ook al aangegeven dat zij de prestatie indicatoren zouden willen gebruiken om organisaties te beoordelen in het kader van inkoop. Echter, de primaire doelen van deze indicatoren zijn keuze informatie en interne verbetering. Een aantal leden van de werkgroep heeft contact met instellingen die eventueel koploper zouden willen zijn in het gebruik van de prestatie indicatoren.

5.2 Toetsen in pilotsetting

De belangrijkste aanbeveling van de werkgroep van Verenso in het kader van de implementatie van de prestatie indicatoren is dat deze eerst getoetst worden in de praktijk in een pilotsetting. Na toetsing zal vervolgens door dezelfde partij besloten moeten worden of alle organisaties de prestatie indicatoren moeten gebruiken. Ook zullen nadere afspraken gemaakt dienen te worden over de openbaarheid van de informatie.

Het veld heeft dit inmiddels opgepakt in de vorm van het project van Achmea aangaande indicatoren voor CVA ketenzorg ('Doorontwikkeling kwaliteitsregistratie CVA-keten'). Aafke de Groot, specialist ouderengeneeskunde en werkgroeplid in het project dat achter ons ligt en Inge van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso, zijn bij dit project betrokken. Het project heeft het grootste deel van de prestatie indicatoren GRZ geïncorporeerd in een pilot die binnenkort van start gaat. Na toetsing in een pilotsetting is een gebruikelijke weg dat veldpartijen na toetsing de indicatoren aanbieden aan het Kwaliteitsinstituut. Deze zullen dan worden getoetst aan de criteria van het Toetsingskader, waarbij als belangrijke voorwaarde geldt de betrokkenheid van cliënten (vertegenwoordigers), de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

5.3 Verdere draagvlakvergroting

Om het draagvlak in het veld verder te vergroten past bij de rol van Verenso dat ze de prestatie indicatoren onder de aandacht brengt van haar leden, zoals ze dat gebruikelijk doet. De contacten van de werkgroep van Verenso met de opleiding van kaderartsen geriatrische revalidatie zorg en collega specialisten ouderengeneeskunde kan het draagvlak in de toekomst wellicht nog verder vergroten. Door de contacten met de Universitair Medische Centra waar een afdeling Ouderengeneeskunde aanwezig is, is het mogelijk onderzoek naar de prestatie indicatoren waar mogelijk te stimuleren. Waar leden van de werkgroep en medewerkers van Verenso een bijdrage kunnen leveren aan andere projecten aangaande prestatie indicatoren voor (geriatrische) revalidatiezorg zullen zij dit zoveel mogelijk doen. Daarmee zijn de mogelijkheden voor een vervolg op dit project bij Verenso uitputtend beschreven.

Bijlage 1 Verslag invitational conference prestatie-indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg d.d. 3 december 2013

Aanwezigen invitational

Romke van Balen (Verenso, werkgroep)
Monique Bogaerts (Verenso)
Marij van Eijndhoven (CvZ)
Patricia Geerts (Actiz, klankbord)
Aafke de Groot (Verenso, werkgroep)
Corrien van Haastert (NPCF, werkgroep)
Ivette Heesbeen (Actiz, klankbord)
Lily Heijnen (VRA, klankbord)
Mariëtte Kraayvanger (DBC Onderhoud)
Boudewien Mulder (CvZ/Kwaliteitsinstituut)
Pieter le Rütte (Verenso, discussieleider)
Gerrit Salemink (ZN, klankbord)
Jeroen Schols (RN)
Inge van der Stelt (Verenso)
Corry Stroosnijder (Verenso, werkgroep)
Carrol Terleth (RN, klankbord)
Paula Terra (VWS, klankbord)
Lizette Wattel (VUmc)

Welkom

Romke van Balen, voorzitter van de werkgroep prestatie indicatoren, heet ons welkom, geeft een korte introductie op de bijeenkomst van vandaag en een toelichting op de achtergronden en afwegingen van de werkgroep. Het doel van de bijeenkomst is de indicatoren voor een laatste keer inhoudelijk te bediscussiëren. Waarna de werkgroep, op basis van de opmerkingen van aanwezigen en de input van een aantal klankbordleden, zal aanpassen. Ivette Heesbeen (ActiZ) vraagt in het kader van eerder opgedane ervaringen met indicatoren of we hier met elkaar ook de prestatie-indicatoren vaststellen. Daar zou zij in dit licht wel moeite mee hebben. De voorzitter geeft aan dat dit niet de werkwijze zal zijn. Na wijziging op basis van de discussie van vandaag past de werkgroep de indicatoren aan en zal een rapportage over werkwijze en totstandkoming van de prestatie-indicatoren worden aangeboden aan VWS, de opdrachtgever.

Twee workshoprondes in drie discussiegroepen

In de workshoprondes worden de prestatie indicatoren besproken aan de hand van een opdracht. Iedere indicator wordt zo minimaal door twee verschillende groepen besproken. Pieter le Rütte (Verenso) en Carry Stroosnijder (Verenso) passen tijdsbewaking toe, schrijven alle opmerkingen uit de groepen op en Pieter leidt ons door de verdere discussie.

Plenaire bespreking resultaten workshoprondes

Indicator 1: Ontslagbestemming na ziekenhuis

Dit geeft een interessant kengetal dat inzicht geeft in hoeveel patiënten na het ziekenhuis in de geriatrische revalidatie komen in verhouding tot alle patiënten binnen een bepaalde diagnosegroep. Maar waarom willen we dit weten, voor wie is dit interessante informatie en is het haalbaar? Het doel van deze indicator is niet voor iedereen duidelijk. De bedoeling van de werkgroep is dat bij afwijking van het gemiddelde de keten moet onderzoeken waardoor deze afwijking ontstaat. Ligt het aan de triage of wellicht aan iets anders. Er wordt voorgesteld deze vraag op te nemen in onderzoek, in plaats van er een indicator van te maken.

Indicator 2: Ontslagbestemming na geriatrische revalidatie

Deze indicator is belangrijk omdat hij ingaat op de wens van patiënten. De ontslagbestemming wordt al geregistreerd, maar de definities die genoemd worden, zijn wel verwarrend. Het gaat er vooral om of iemand terug gaat naar zijn oorspronkelijke woonsituatie. De rest kan achterwege blijven. De ontslagdefinitie is wel van belang omdat die verschillend gehanteerd worden. Verder bestaat het probleem van de casemix. Wanneer er structureel verkeerde verwijzingen plaatsvinden komen er veel mensen binnen die er niet horen. Wanneer ook het functioneren gemeten wordt, kan het een waardevolle indicator zijn, omdat hoe iemand binnen komt medebepalend is voor de uitkomst.

Conclusie: combinatie met mate van functioneren is noodzakelijk.

Indicator 3: Revalidatie efficiëntie

Het behandelingseffect is meetbaar met deze indicator. De comorbiditeit en complicaties kunnen de uitkomst beïnvloeden. In een pilot zou onderzocht moeten worden of dit ook uitmiddelt, of dat er methodologische maatregelen nodig zijn om te corrigeren voor deze invloed.

Voor een meting geeft de USER een beter beeld dan de Barthel Index. Maar de Barthel Index wordt meer gebruikt dan de USER. Er lijkt een lichte voorkeur te zijn voor de Barthel Index. Bij deze indicator worden verschillende diagnosegroepen onderscheiden, om te voorkomen dat verschillende kenmerken van aandoeningen te veel effect hebben op de uitkomsten. Moeten verandering in functioneren en tijd wel in één indicator aan de orde komen?

Er zou ook gekeken moeten worden naar de omgeving van de patiënt, de eerste lijn. Dit is echter een moeilijke zoektocht naar gegevens, omdat gemeenten weinig eenduidig registreren.

Indicator 4: Kwaliteit van leven na de GRZ

Deze indicator zegt wel iets over de keten, maar weinig over de kwaliteit van de revalidatie. De vragenlijst is prettig kort en het is fijn dat deze vragen door de patiënt worden beantwoord. Een zwak punt aan de indicator is het moment van afnemen van de vragenlijst. De respons zal na drie maanden laag zijn. Helaas is eerder afnemen niet handig, omdat dan het effect op de kwaliteit van leven dan nog niet duidelijk is. Een bezoek en gesprek met de patiënt kan meer opleveren.

Conclusie: het is een interessante indicator, maar de uitvoering moet aangepast worden.

Indicator 5: Regie over de zorg

Het is goed dat de patiënt hierover bevestigd wordt. De vragen die zijn opgesteld, zouden moeten worden uitgetoetst om te zien of je zo wel meet wat je wil weten. Verder moet er aandacht besteed worden aan hoe de (webbased) vragenlijst wordt ingevuld. Ook het moment waarop dit gebeurt is van belang. Verder wordt aangegeven dat de doelen van de behandeling in het gesprek tussen arts en patiënt worden vastgesteld. De patiënt blijkt de doelen vaak lager te stellen dan de arts, omdat die laatste beter kan inschatten wat er nog mogelijk is. Het gesprek vraagt dus om goede gesprekstechnieken.

Conclusie: de aanwezigen vragen zich af of de vragenlijst bij deze indicator wel zal werken.

Indicator 6: Tevredenheid zorg en zorgovergangen

Het is van belang dat er goed naar de overgangen in de zorg wordt gekeken. Maar men vindt de CQ en de NPS daar niet geschikt voor. Men stelt voor een cijfer van 1 tot en met 10 te hanteren en te vragen of men de overgang een cijfer kan geven. Daarnaast moet de patiënt ook een open vraag krijgen over het waarom van zijn beoordeling. Men is het erover eens dat deze indicator de patiëntgerichtheid meet. Maar dat het niet direct iets zegt over de kwaliteit van de behandeling.

Indicator 7: Deskundigheid personeel

Het belangrijkste commentaar op deze indicator is dat het percentage dat eruit komt, iets zegt over de branche maar niets over de instelling zelf. Als per instelling gerapporteerd wordt, kan men wel transparant maken of de organisatie eraan voldoet. Het interdisciplinaire karakter van de GRZ is hier te weinig uitgewerkt. Het zou beter zijn het scholingsplan te toetsen. Of het MDO. Dit wordt meegenomen in de visitaties.

Conclusie: als indicator schrappen. Al is het wel een heel belangrijk punt. Zou je het willen handhaven, dan moet de deskundigheid van meer functionarissen beschreven worden, zoals bijvoorbeeld de fysiotherapeut. Er is weinig draagvlak voor deze indicator onder de aanwezigen.

Indicator 8: Convenant

Het is goed te vragen naar een convenant, maar de indicator geeft, opnieuw door het percentage, vooral een beeld van de branche i.p.v. de instellingen. Het zou beter zijn de resultaten per instelling weer te geven. Ketenafspraken zijn een belangrijk onderwerp omdat de patiënt op het juiste moment op de juiste plaats moet zijn. De huisartsen worden als partij genoemd in het convenant, maar deze krijgt men moeilijk aan tafel. Aanwezigen vinden dat de fysiotherapeuten ook genoemd dienen te worden.

Afsluiting en vervolg

De werkgroep GRZ komt nog eenmaal bijeen en zal de indicatoren aanscherpen met de punten uit de discussie van vandaag. Vervolgens zal Verenso aan VWS als opdrachtgever rapporteren over proces en resultaten van dit project. Hoewel de implementatie van de prestatie indicatoren geen onderdeel van de opdracht was, zal Verenso in de rapportage aan VWS aandacht besteden aan de mogelijkheden van implementatie door het werkveld.

Bijlage 2 Rapportage literatuuronderzoek Me-Ta

Inleiding / Achtergrond

Bij de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw (per 1 januari 2013), moeten keuzes gemaakt kunnen worden door de patiënt (waar krijg ik de beste zorg), moeten zorgprestaties door de zorgverzekeraar met elkaar vergeleken kunnen worden (beste zorg afgezet tegen juiste prijs) en moet aan kwaliteitsverbetering gedaan kunnen worden. Daarvoor worden prestatie indicatoren ontwikkeld.

Met betrekking tot het begrip '*indicator*' hanteert de Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO) een definitie die al enkele jaren toonaangevend is: 'een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg'. De Regieraad definieert een *prestatie indicator* als een aanwijzing die iets zegt over de prestatie van verschillende zorgaanbieders wanneer die onderling met elkaar worden vergeleken. Ze worden uitgedrukt in quotiënt (teller en noemer) of een percentage. Met andere woorden: Prestatie indicatoren bieden in de vorm van kerngetallen inzicht in de kwaliteit van zorg.

Prestatie indicatoren kunnen verschillende gebruiksdoelen hebben. Een veel voorkomend onderscheid dat wordt gemaakt, is het gebruiksdoel interne kwaliteitsverbetering en het gebruiksdoel externe verantwoording. Indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering zijn vooral gericht op sturing en verbetering van het eigen zorgproces en worden vooral gebruikt door zorginstellingen en beroepsbeoefenaren zelf. Indicatoren voor externe verantwoording zijn gericht op transparantie en doelmatigheid van de zorg.

De doelstelling van het onderhavige project is het ontwikkelen van prestatie indicatoren voor de geriatrische revalidatiezorg, zodat informatie beschikbaar komt voor kwaliteitsverbetering (medisch inhoudelijke indicatoren), keuzes (patiënttevredenheidsindicatoren), inkoop en toezicht. De ontwikkelde prestatie indicatoren moeten door alle belanghebbende partijen worden gedragen (ActiZ, IGZ, NZa, NPCF, RN, Verenso, VRA, VWS, ZN).

De doelgroepen van belang bij geriatrische revalidatiezorg zijn:

- Beroerte (in DBC-terminologie is dit CVA)
- Heupfractuur (in DBC-terminologie is dit trauma)
- Electieve orthopedie (heup/knie/schouder)
- Amputaties
- Overige aandoeningen

In het kader van de overheveling van de bekostiging van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ (publieke middelen) naar de Zorgverzekeringswet, wil het ministerie van VWS ook prestatie indicatoren laten ontwikkelen.

Onderzoeksvragen

1. Welke (inter)nationale evidence-based richtlijnen werden gepubliceerd over revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen, en wat is hun kwaliteit?
2. Welke indicatoren werden gepubliceerd over revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen?

Methodologie/Evidence-based richtlijnen/Zoekstrategie

De volgende bronnen werden geraadpleegd:

- OVID Medline (zoekdatum 23 april 2012);
- National Guideline Clearinghouse: www.guideline.gov (zoekdatum 26 april 2012);
- GIN: www.g-i-n.net (zoekdatum 26 april 2012);
- Websites van richtlijnorganisaties (Tabel 1; zoekdatum 26 april 2012);
- Websites van de volgende (inter)nationale revalidatie organisaties (zoekdatum 26 april 2012): British Society of Rehabilitation Medicine, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Society for Research in Rehabilitation, European Society of Physical and Rehabilitation Medicine, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, International Society of Clinical Rehabilitation Specialists, American Society for Neurorehabilitation, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Werkgroep CVA Nederland, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO).

De zoekstrategieën worden weergegeven in appendix 1.

De literatuur die gezocht werd in het kader van triage-instrumenten werd opnieuw geraadpleegd met het oog op het vinden van relevante richtlijnen.

Tabel 1. Geraadpleegde websites van richtlijnorganisaties.

Richtlijnorganisatie	URL
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk/
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk/
Haute Autorité de Santé (HAS)	http://bfes.hassante.fr/HTML/indexBFES_HAS.html
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	http://www.nhmrc.gov.au/
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.nzgg.org.nz/
Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	http://www.aezq.de/

In- en exclusiecriteria

Volgens het Institute of Medicine (2011) worden richtlijnen gedefinieerd als: *“Statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options”*.

Richtlijnen die in aanmerking komen voor inclusie dienen dan ook de volgende kenmerken te hebben:

- Duidelijk identificeerbare aanbevelingen;
- Een beschrijving van het literatuuroverzicht waarop de aanbevelingen werden gebaseerd.

Bijkomende inclusiecriteria waren:

- Onderwerp: revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen
- Publicatiedatum: sinds 2007
- Taal: Engels, Nederlands, Frans, Duits

Kwaliteitsbeoordeling

De geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld met het AGREE II instrument (zie appendix 2). Dit gebeurde door 2 methodologen, onafhankelijk van elkaar.

Bij een verschil in scores van meer dan 1 punt werd overleg gepleegd en zo nodig de score aangepast. Het uiteindelijke doel was echter niet om een 100% overeenstemming te bereiken.

Met de uiteindelijke scores werd per domein een gestandaardiseerde domeinscore berekend op de volgende manier:

$$[(\text{verkregen score} - \text{minimaal mogelijke score}) / (\text{maximaal mogelijke score} - \text{minimaal mogelijke score})] \times 100$$

Indicatoren/Zoekstrategie

De volgende bronnen werden geraadpleegd:

- OVID Medline;
- National Quality Measures Clearinghouse: www.qualitymeasures.ahrq.gov;
- Lijst van websites geadviseerd in de Handleiding Indicatorontwikkeling van het CBO (Tabel 2);
- Het ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) project: <http://www.rand.org/health/projects/acove.html>;
- Websites van de volgende (inter)nationale revalidatie organisaties: British Society of Rehabilitation Medicine, International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Society for Research in Rehabilitation, European Society of Physical and Rehabilitation Medicine, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, International Society of Clinical Rehabilitation Specialists, American Society for Neurorehabilitation, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Werkgroep CVA Nederland, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO);
- De geselecteerde richtlijnen uit de eerste fase van dit rapport.

De zoekstrategieën worden weergegeven in appendix 1.

De literatuur die gezocht werd in het kader van triage-instrumenten werd opnieuw geraadpleegd met het oog op het vinden van relevante indicatoren.

Tabel 2. Geraadpleegde websites voor indicatoren #.

Richtlijnorganisatie	URL
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)	http://www.igz.nl/
Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	http://www.bqs-outcome.de/2003/ergebnisse/leistungsbereiche http://www.aeqz.de/ http://www.bqs-online.de/
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.jcaho.org/ http://ncqa.org/index.htm http://www.qualityforum.org/
Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)	http://www.achs.org.au/
International Quality Indicator Project (IQIP)	http://www.internationalqip.com/indicators.aspx
National Health Service (NHS)	http://www.show.scot.nhs.uk/indicators/ http://www.chi.nhs.uk/ratings/ http://ratings2004.healthcarecommission.org.uk/ http://www.drfooster.co.uk/
National Indicator Project (NIP, Denemarken)	http://www.nip.dk/

Richtlijnorganisatie	URL
Ontario Hospital Association (OHA)	http://www.oha.com/
Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team (CCORT)	http://www.ccort.ca/Research/QualityIndicators/CCORTCCSAMICHFOQualityIndicators.aspx
WHO	http://www.who.int/en/

Sommige websites geadviseerd door het CBO bestaan niet meer of zijn gewijzigd.

In- en exclusiecriteria

Indicatoren die in aanmerking komen voor inclusie dienen te voldoen aan de definitie van de RGO (zie inleiding), en dienen uitgedrukt te zijn in quotiënt (teller en noemer).

Bijkomende inclusiecriteria waren:

- Onderwerp: revalidatie na CVA, knieprothese, heupprothese en amputatie bij ouderen
- Publicatiedatum: sinds 2007
- Taal: Engels, Nederlands, Frans, Duits

Kwaliteitsbeoordeling

Studies met potentiële indicatoren worden beoordeeld met relevante elementen van het AIRE instrument (zie appendix 3).

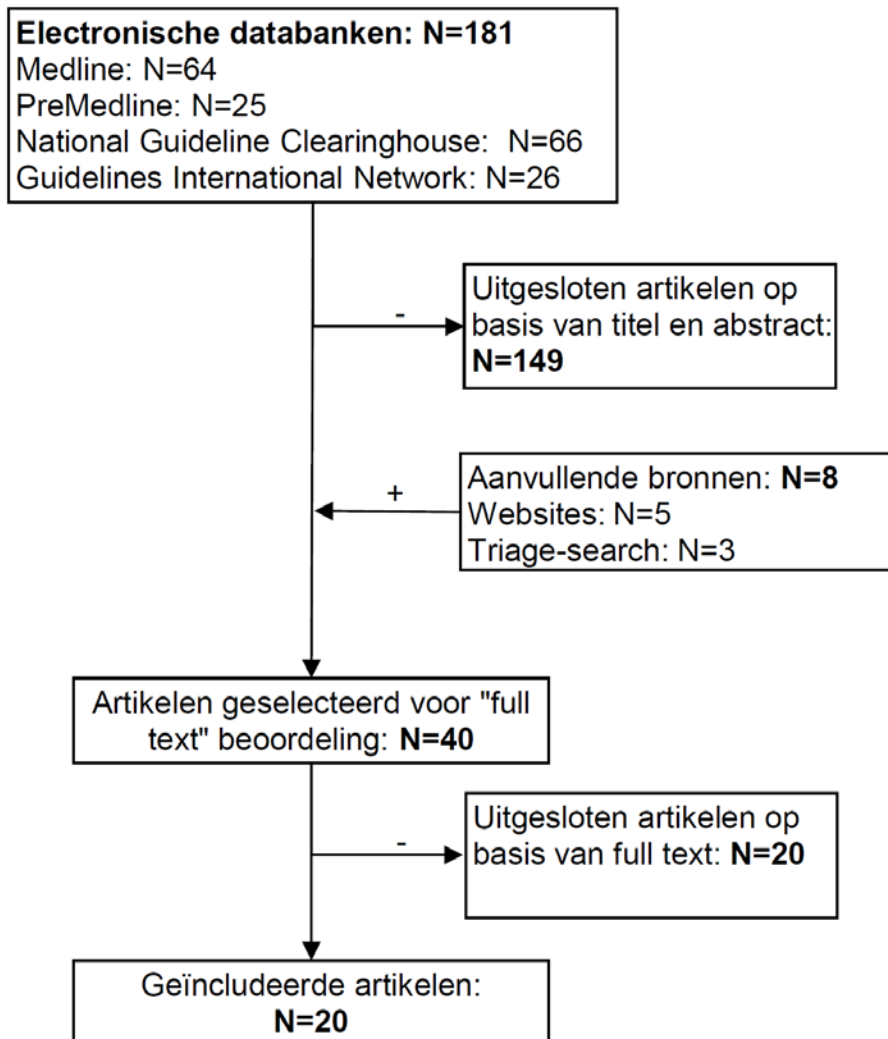
Data-extractie

De volgende elementen worden geëxtraheerd voor potentiële indicatoren en gerapporteerd in een overzichtstabel:

- Bron
- Omschrijving
- Type (uitkomst – proces – structuur)
- Teller
- Noemer

Evidence-based richtlijnen/ Zoek- en selectieresultaten

Het selectieproces wordt samengevat in onderstaande figuur:



De search in OVID Medline en PreMedline leverde 64 en 25 hits respectievelijk op (Tabel 3). Hiervan werden er 69 uitgesloten op basis van titel en abstract. De overige 20 artikelen werden beoordeeld op de volledige tekst.

Tabel 3. Zoekresultaten in elektronische databanken.

Databank	Aantal hits	Geselecteerd voor full-text beoordeling
OVID Medline	64	19
OVID PreMedline	25	1
National Guideline Clearinghouse #:		
• Cerebrovascular Disorders	41	7
• Arthroplasty	17	1
• Amputation	3	1
• Hip Fractures	5	2
Guidelines International Network	26	1
Totaal		32

Telkens gecombineerd met rehab*.

In de databanken van het National Guideline Clearinghouse en het Guidelines International Network werden aanvullend respectievelijk 11 en 1 potentieel relevante richtlijnen gevonden

(Tabel 3). De websites van de (inter)nationale revalidatie organisaties en richtlijnorganisaties leverden 5 bijkomende richtlijnen op (Tabel 4).

Tabel 4. Zoekresultaten op websites van revalidatie- en richtlijnorganisaties.

Organisatie	Aantal relevante richtlijnen	Opmerkingen
British Society of Rehabilitation Medicine	0	1 richtlijn over revalidatie na amputatie werd in deze fase uitgesloten op basis van publicatiedatum (oktober 2003): in totaal geen relevante richtlijnen
International Society of Physical and Rehabilitation Medicine	0	Toegang beperkt tot leden
Society for Research in Rehabilitation	0	
European Society of Physical and Rehabilitation Medicine	0	
American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation	0	
International Society of Clinical Rehabilitation Specialists	0	
American Society for Neurorehabilitation	0	
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	1	
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	1	1 richtlijn over beroerte werd in deze fase uitgesloten op basis van publicatiedatum (2006); de richtlijn over heup- en knieartrose werd ingesloten
Werkgroep CVA Nederland	0	
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO)	2	De amputatierichtlijn van het VRA werd ook op deze website gevonden; de 2 ingesloten richtlijnen gaan over beroerte enerzijds en artrose anderzijds
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	0	1 richtlijn over beroerte is momenteel in ontwikkeling; 2 andere richtlijnen werden reeds via het National Guideline Clearinghouse gevonden: geen extra relevante richtlijnen dus
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	0	2 richtlijnen werden via het National Guideline Clearinghouse gevonden: geen extra relevante richtlijnen dus
Haute Autorité de Santé (HAS)	0	1 richtlijn werd via het Guidelines International Network gevonden: geen extra relevante richtlijnen dus
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	0	1 richtlijn werd via het National Guideline Clearinghouse gevonden: geen extra relevante richtlijnen dus
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	1	
Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	0	
Totaal	5	

Tenslotte werden nog 3 potentieel relevante artikelen gevonden via de Medline-search naar triage-instrumenten.

De 40 geselecteerde artikelen werden geëvalueerd op basis van de volledige tekst. Twintig artikelen bleken niet te voldoen aan de inclusiecriteria en werden uitgesloten. De gedetailleerde redenen voor exclusie worden weergegeven in appendix 4. Twintig artikelen, overeenkomend met 20 verschillende richtlijnen, werden geïncludeerd en beoordeeld met het AGREE II instrument.

Bespreking geïncludeerde richtlijnen

Overzicht

Tabel 5 geeft een overzicht van de geïncludeerde richtlijnen per onderwerp.

Zeven richtlijnen gaan over beroerte. Vier hiervan gaan specifiek over revalidatie na een beroerte¹⁻⁴, terwijl de 3 andere richtlijnen revalidatie in een apart hoofdstuk behandelen⁵⁻⁷. De Australische en Nieuw-Zeelandse richtlijnen werden gezamenlijk ontwikkeld⁶⁻⁷.

Twee richtlijnen gaan over amputatie van de onderste extremiteit⁸⁻⁹, waarvan 1 specifiek over revalidatie gaat⁹. De Nederlandse richtlijn wijdt een apart hoofdstuk aan het revalidatietraject na amputatie van de onderste extremiteit⁸.

SOFMER ontwikkelde 7 (deel)richtlijnen over de revalidatie na een totale heupprothese¹⁰⁻¹², totale knieprothese¹³⁻¹⁵, of beiden¹⁶. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging ontwikkelde een algemene richtlijn over totale heupprothese¹⁷, waarin postoperatieve revalidatie kort besproken wordt in een apart hoofdstuk. HAS publiceerde een richtlijn over de revalidatie na een totale knieprothese¹⁸.

Twee Nederlandse richtlijnen gaan over de aanpak van heup- en knieartrose, waarin revalidatie na gewrichtsvervangende chirurgie telkens besproken wordt in een apart hoofdstuk¹⁹⁻²⁰. Geen enkele geselecteerde richtlijn gaat specifiek over ouderen.

Tabel 5. Overzicht van geïncludeerde richtlijnen.

Onderwerp #	Organisatie \$	Titel	Publicatiejaar	Specifiek over revalidatie?
Beroerte	ESO ²	Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the european stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008	2008	Ja
Beroerte	Canadian Stroke Network ¹	Stroke rehabilitation	2010	Ja
Beroerte	VA/DoD ³	Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation	2010	Ja
Beroerte	National Stroke Foundation ⁶	Clinical guidelines for stroke management 2010	2010	Nee
Beroerte	SIGN ⁴	Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning	2010	Ja
Beroerte	CBO ⁵	Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte	2009	Nee
Beroerte	NZGG ⁷	New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management	2010	Nee
Amputatie	VA/DoD ⁹	Clinical practice guideline for rehabilitation of lower limb amputation	2007	Ja
Amputatie	VRA ⁸	Conceptrichtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit	2011	Nee
THP	NOV ¹⁷	Richtlijn totale heupprothese	2010	Nee
THP	SOFMER ¹⁰	What is the interest of rehabilitation in physical medicine and functional rehabilitation ward after total hip arthroplasty?	2007	Ja
THP	SOFMER ¹²	The benefits of ambulatory physiotherapy after total hip replacement	2007	Ja
THP	SOFMER ¹¹	What is the interest of early mobilization after total hip arthroplasty?	2007	Ja
TKP	HAS ¹⁸	Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou	2008	Ja
TKP	SOFMER ¹⁵	Continuous passive motion compared with intermittent mobilization after total knee arthroplasty	2007	Ja
TKP	SOFMER ¹³	What is the role of the physical medicine and rehabilitation unit after total knee arthroplasty	2007	Ja
TKP	SOFMER ¹⁴	The benefits of ambulatory physiotherapy after total knee replacement	2007	Ja
THP/TKP	SOFMER ¹⁶	Is there predictive criteria for transfer of patients to a rehabilitation ward after hip and knee total arthroplasty	2007	Ja
Artrose heup/knie	CBO ¹⁹	Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose	2007	Nee
Artrose heup/knie	KNGF ²⁰	Artrose heup-knie	2010	Nee

THP: totale heupprothese; TKP: totale knieprothese.

[§] CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg; ESO: European Stroke Organisation; HAS: Haute Autorité de Santé; KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; NOV: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; NZGG: New Zealand Guideline Group; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; SOFMER: Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation; VA/DoD: Department of Veteran Affairs/ Department of Defense; VRA: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.

Kwaliteitsbeoordeling

Beroerte

Van de 7 geselecteerde richtlijnen over beroerte hebben de Nieuw-Zeelandse en Australische richtlijnen de beste kwaliteit ⁶⁻⁷. Deze richtlijnen werden gezamenlijk opgesteld, hoewel sommige hoofdstukken ook individueel werden uitgewerkt. De richtlijnen zijn behoorlijk afgelijnd, de klinische vragen zijn op aanvraag beschikbaar bij de auteurs. Er is systematisch gezocht naar literatuur, de zoekstrategie is eveneens op aanvraag beschikbaar. Voor de kwaliteitsbeoordeling van de geselecteerde studies werden de SIGN checklists gebruikt, maar de resultaten werden niet weergegeven. De richtlijnen zijn zeer helder gepresenteerd en bevatten ook bevorderende factoren en hulpmiddelen voor implementatie. Op basis van deze richtlijnen vond in Nieuw-Zeeland en Australië een audit plaats. Uitgewerkte indicatoren worden in de richtlijnen echter niet besproken, maar kunnen voor Australië in een apart document teruggevonden worden ²¹.

De SIGN richtlijn is eveneens van goede kwaliteit ⁴. De richtlijn is behoorlijk afgelijnd en gebaseerd op een systematisch nazicht van de literatuur, hoewel de gebruikte criteria voor het selecteren van de literatuur niet duidelijk beschreven staan. Een procedure voor herziening wordt niet vermeld, hoewel SIGN vaste procedures voor herziening heeft. De richtlijn is behoorlijk helder gepresenteerd, maar omdat hij zo breed is ingezet, worden niet alle beleidsopties vermeld. Sommige aanbevelingen zijn ook eerder vaag geformuleerd. De richtlijn bevat een apart hoofdstuk over de organisatie van diensten voor patiënten die revalidatie na beroerte ondergaan, en er zijn hulpmiddelen voor implementatie beschikbaar. De richtlijn bevat ook een lijst met toetsingscriteria, maar deze werden niet uitgewerkt. Informatie over onafhankelijkheid van de opstellers is beperkt. Ook de CBO richtlijn heeft een behoorlijke kwaliteit ⁵. De richtlijn is gebaseerd op een systematisch nazicht van de literatuur, maar de beschrijving van de methodologie is algemeen wat mager uitgevallen. Zo is er enkel voor de Medline search een beschrijving beschikbaar, zijn de selectiecriteria niet duidelijk beschreven en is het niet duidelijk hoe de kwaliteitsbeoordeling van de geselecteerde studies gebeurde. Ook werd er geen procedure voor herziening vermeld. De richtlijn is helder gepresenteerd, maar sommige aanbevelingen blijven eerder vaag. Hoewel er een implementatieparagraaf is, zijn de beschikbare hulpmiddelen voor implementatie beperkt. Toetsingscriteria werden in een apart document uitgewerkt ²².

De Canadese richtlijn is algemeen slechts van matige kwaliteit ¹, vooral door de minder goede methodologische onderbouwing. Er zijn immers weinig details beschikbaar over de gebruikte methoden voor het zoeken naar en het selecteren en beoordelen van de literatuur. Toch is de richtlijn zeer helder gepresenteerd, en bevat hij hulpmiddelen voor implementatie. De richtlijn bevat ook indicatoren die verder werden uitgewerkt in een apart document ²³.

De richtlijn van de *Department of Veteran Affairs* en *Department of Defense* is eveneens slechts van matige kwaliteit ³. De richtlijn is goed afgelijnd en gebaseerd op een systematisch nazicht van de literatuur, maar de volledige zoekstrategie is niet beschikbaar en een formele kwaliteitsbeoordeling van de geselecteerde studies werd niet gerapporteerd. Ook een procedure voor herziening wordt niet vermeld. De aanbevelingen zijn matig specifiek, en door de grote hoeveelheid aan aanbevelingen zijn de kernaanbevelingen moeilijk herkenbaar. De richtlijn is wel geschreven als een algoritme, dat ook visueel wordt samengevat, wat de richtlijn handig in gebruik maakt. Er is een lijst met toetsingscriteria, maar deze werden niet uitgewerkt. Over onafhankelijkheid van de opstellers werd geen informatie teruggevonden.

De ESO richtlijn tenslotte is van slechte kwaliteit ². Er is systematisch gezocht in de literatuur, maar de beschrijving van de gebruikte methodologie is beperkt. De richtlijn is behoorlijk helder gepresenteerd, maar op toepasbaarheid scoort hij heel slecht.

Amputatie

Van de 2 geselecteerde richtlijnen over amputatie van de onderste extremiteit is de Nederlandse conceptrichtlijn van het VRA ⁸ duidelijk de betere op alle domeinen van het AGREE II instrument. Deze richtlijn is duidelijk afgelijnd, methodologisch goed onderbouwd en zeer helder gepresenteerd. Hoewel er een implementatieparagraaf is, zijn de opgelijste bevorderende factoren en hulpmiddelen voor implementatie wel weinig concreet. Kostenimplicaties worden slechts in beperkte mate besproken. De richtlijn bevat ook een lijst van interne en externe indicatoren, maar deze zijn nog niet uitgewerkt.

De richtlijn van de *Department of Veteran Affairs* en *Department of Defense* is slechts van matige kwaliteit ⁹. De klinische vragen zijn niet helder geformuleerd, en hoewel de richtlijn gebaseerd is op een systematisch nazicht van de literatuur, zijn de geselecteerde studies niet formeel op hun kwaliteit beoordeeld. Bewijstabellen zijn niet beschikbaar. De aanbevelingen zijn matig specifiek, en er werden zoveel aanbevelingen geformuleerd dat de kernaanbevelingen minder makkelijk te herkennen zijn. De richtlijn is wel geschreven als een algoritme, dat ook visueel wordt samengevat, wat de richtlijn handig in gebruik maakt. Kostenimplicaties worden echter niet besproken en toetsingscriteria zijn niet beschikbaar. Over onafhankelijkheid van de opstellers werd weinig of geen informatie teruggevonden.

Totale heup- en knieprothese

Slechts 2 richtlijnen zijn van behoorlijke kwaliteit. De Nederlandse richtlijn van het NOV ¹⁷ is minder goed afgebakend wat betreft onderwerp en doel, maar is duidelijk gebaseerd op een systematisch nazicht van de literatuur. Hierbij werden wel de selectiecriteria en de procedure voor kwaliteitsbeoordeling minder goed beschreven. De richtlijn is helder gepresenteerd, maar bevorderende factoren en hulpmiddelen voor implementatie zijn slechts in beperkte mate aanwezig. Indicatoren worden in een apart project uitgewerkt, maar informatie hierover werd niet teruggevonden.

Ook de HAS richtlijn is van behoorlijke kwaliteit ¹⁸. Deze richtlijn is goed afgebakend en ook gebaseerd op een systematisch nazicht van de literatuur. Een formele kwaliteitsbeoordeling van de geselecteerde studies werd niet gerapporteerd. Ook een procedure voor herziening werd niet vermeld. De richtlijn wordt helder gepresenteerd, en bevat ook enkele hulpmiddelen voor implementatie. Duidelijke toetsingscriteria werden niet teruggevonden. Ook de informatie over onafhankelijkheid van de opstellers is beperkt.

De 7 richtlijnen van SOFMER zijn van onvoldoende kwaliteit ¹⁰⁻¹⁶. Hoewel ze nog behoorlijk scoren op de methodologische onderbouwing, zijn de overige domeinen doorgaans ondermaats. Vooral op toepasbaarheid en onafhankelijkheid van de opstellers scoren deze richtlijnen zeer slecht. Ook de 2 Nederlandse richtlijnen over heup- en knieartrose zijn van onvoldoende kwaliteit. De KNGF richtlijn ²⁰ bevat onvoldoende informatie over de methodologische onderbouwing. De richtlijn is behoorlijk helder gepresenteerd en bevat ook hulpmiddelen voor implementatie. Informatie over de onafhankelijkheid van de opstellers is niet beschikbaar. Ook de CBO richtlijn ¹⁹ bevat onvoldoende informatie over de methodologische onderbouwing, maar is wel helderder gepresenteerd. De richtlijn bevat een implementatieparagraaf, maar de beschikbare hulpmiddelen voor implementatie zijn beperkt. Indicatoren werden uitgewerkt in het project 'Kwaliteit van zorg in de etalage'. Informatie over de onafhankelijkheid en conflicterende belangen van de opstellers is beperkt.

Tabel 6. Kwaliteitsbeoordeling van geïncludeerde richtlijnen (AGREE II).

Organisatie ^{\$}	Titel	Gestandaardiseerde domeinscores [#]						Algemeen oordeel
		1	2	3	4	5	6	
Beroerte								
NZGG ⁷	New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management	67%	86%	76%	92%	75%	83%	83%
National Stroke Foundation ⁶	Clinical guidelines for stroke management 2010	67%	78%	76%	92%	77%	79%	83%
SIGN ⁴	Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning	69%	78%	68%	72%	65%	25%	75%
CBO ⁵	Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte	75%	64%	56%	75%	75%	92%	67%
Canadian Stroke Network ¹	Stroke rehabilitation	56%	81%	53%	86%	65%	96%	58%
VA/DoD ³	Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation	92%	58%	51%	61%	33%	8%	58%
ESO ²	Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the european stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008	17%	8%	39%	72%	0%	88%	25%
Amputatie								
VRA ⁸	Conceptrichtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit	89%	83%	79%	89%	56%	79%	83%
VA/DoD ⁹	Clinical practice guideline for rehabilitation of lower limb amputation	72%	61%	58%	64%	31%	21%	58%
Totale heup- en knieprothese								
NOV ¹⁷	Richtlijn totale heupprothese	53%	72%	67%	86%	46%	71%	67%
SOFMER ¹⁰	What is the interest of rehabilitation in physical medicine and functional rehabilitation ward after total hip arthroplasty?	56%	47%	61%	64%	0%	0%	42%
SOFMER ¹²	The benefits of ambulatory physiotherapy after total hip replacement	56%	47%	61%	50%	8%	0%	42%
SOFMER ¹¹	What is the interest of early mobilization after total hip arthroplasty?	50%	47%	56%	50%	0%	0%	42%
HAS ¹⁸	Critères de suivi en rééducation et d'orientation en	86%	47%	67%	83%	52%	25%	67%

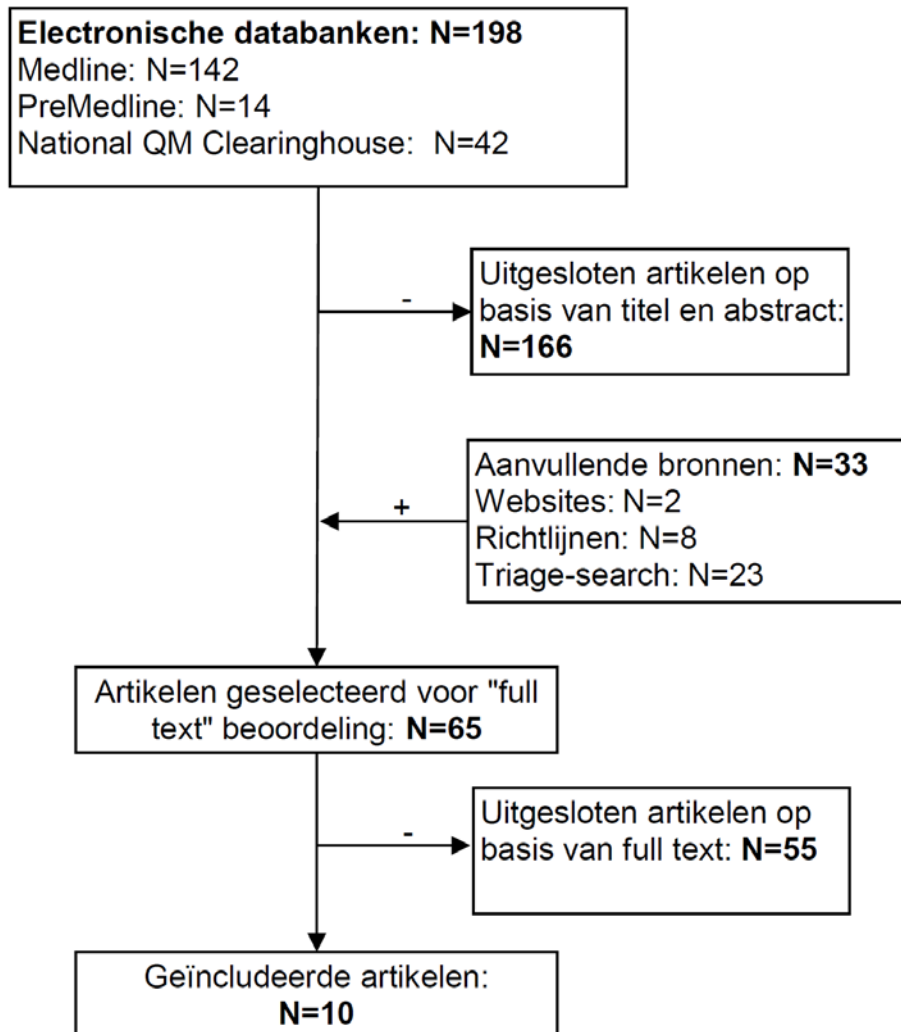
Organisatie ^{\$}	Titel	Gestandaardiseerde domeinscores [#]						Algemeen oordeel
		1	2	3	4	5	6	
Beroerte								
	ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou							
SOFMER ¹³	What is the role of the physical medicine and rehabilitation unit after total knee arthroplasty	56%	47%	61%	64%	2%	0%	42%
SOFMER ¹⁴	The benefits of ambulatory physiotherapy after total knee replacement	56%	47%	61%	50%	4%	0%	42%
SOFMER ¹⁶	Is there predictive criteria for transfer of patients to a rehabilitation ward after hip and knee total arthroplasty	50%	47%	60%	58%	0%	0%	42%
SOFMER ¹⁵	Continuous passive motion compared with intermittent mobilization after total knee arthroplasty	47%	44%	60%	58%	0%	0%	42%
KNGF ²⁰	Artrose heup-knie	75%	69%	49%	75%	31%	42%	50%
CBO ¹⁹	Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose	61%	47%	50%	86%	31%	25%	42%

^{\$} CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg; ESO: European Stroke Organisation; HAS: Haute Autorité de Santé; KNGF: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; NOV: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; NZGG: New Zealand Guideline Group; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; SOFMER: Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation; VA/DoD: Department of Veteran Affairs/ Department of Defense; VRA: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.

[#] Domein 1: Onderwerp en doel; Domein 2: Betrokkenheid van belanghebbenden; Domein 3: Methodologie; Domein 4: Helderheid en presentatie; Domein 5: Toepassing; Domein 6: Onafhankelijkheid van opstellers.

Indicatoren | Zoek- en selectieresultaten

Onderstaande figuur vat het selectieproces samen:



De search in OVID Medline en PreMedline leverde 142 en 14 hits respectievelijk op (Tabel 7). Hiervan werden er 128 uitgesloten op basis van titel en abstract. De overige 28 artikelen werden beoordeeld op de volledige tekst.

Tabel 7. Zoekresultaten in elektronische databanken.

Databank	Aantal hits	Geselecteerd voor full-text beoordeling
OVID Medline	142	27
OVID PreMedline	14	1
National Quality Measures Clearinghouse #:		
• Cerebrovascular Disorders	42	4
• Arthroplasty	0	0
• Amputation	0	0
• Hip Fractures	0	0
Websites (inclusief ACOVE)	NVT	2
Richtlijnen	NVT	8
Totaal		42

Telkens gecombineerd met rehab*.

In de databanken van het National Quality Measures Clearinghouse werden 4 relevante documenten gevonden (met in totaal 6 potentieel relevante indicatoren) (Tabel 7). De geraadpleegde websites leverden 2 potentieel relevante documenten op, terwijl 8 van de geselecteerde richtlijnen informatie over indicatoren bevatten. Tenslotte werden nog 23 potentieel relevante artikelen gevonden via de Medline-search naar triage-instrumenten.

De 65 geselecteerde artikelen werden geëvalueerd op basis van de volledige tekst. Vijfenvijftig artikelen bleken niet te voldoen aan de inclusiecriteria en werden uitgesloten. De gedetailleerde redenen voor exclusie worden weergegeven in appendix 4. Tien artikelen werden geïncludeerd en beoordeeld met het AIRE instrument. Twee hiervan betreffen het Deense NIP-project²⁴⁻²⁵. In totaal betreffen deze 10 artikelen dus 9 verschillende indicatorinitiatieven.

Van de 55 geëxcludeerde publicaties bevatten 7 artikelen/richtlijnen een lijst van niet-uitgewerkte indicatoren^{3-4, 8, 26-29}. Deze indicatoren zijn bij wijze van informatie opgenomen in appendix 5.

Bespreking geïncludeerde indicatoren

Overzicht

Tweeënvijftig indicatoren van 9 verschillende organisaties worden weergegeven in Tabel 8. Het betreft enkel indicatoren over revalidatie na een beroerte. Voor revalidatie na amputatie en na totale heup- en knieprothese werden geen uitgewerkte indicatoren teruggevonden.

De overgrote meerderheid zijn procesindicatoren (N=39). Verder werden ook 12 uitkomst-indicatoren en 1 structuurindicator gevonden. Sommige indicatoren komen aan bod bij verschillende organisaties, zij het soms met kleine nuanceverschillen.

De meest volledige set van indicatoren werd ontwikkeld door het Canadian Stroke Network²³, uitgaande van hun richtlijnen¹.

Geen enkele indicatorset gaat specifiek over ouderen.

Tabel 8. Overzicht van geïncludeerde indicatoren.

Onderwerp	Bron [§]	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
Beroerte	CBO ²²	Uitkomst	Functionele gezondheidstoestand, 3 maanden na beroerte	Aantal patiënten opgenomen met een acute beroerte in het ziekenhuis, dat drie maanden na de beroerte onafhankelijk is van hulp door derden voor ADL-activiteiten	Aantal patiënten opgenomen met een acute beroerte in het ziekenhuis
		Uitkomst	Het percentage patiënten dat twaalf maanden na opname voor een acute beroerte onafhankelijk is van hulp door derden voor ADL-activiteiten	Aantal patiënten opgenomen met een acute beroerte in het ziekenhuis, dat twaalf maanden na de beroerte onafhankelijk is van hulp door derden voor ADL-activiteiten	Aantal patiënten opgenomen met een acute beroerte in het ziekenhuis
		Structuur	Stroke service: de aanwezigheid van een ketencoördinator	-	-
Beroerte	JCAHO ³⁰	Proces	Percent of ischemic or hemorrhagic stroke patients who were assessed for rehabilitation services	Ischemic or hemorrhagic stroke patients assessed for or who received rehabilitation services	Ischemic or hemorrhagic stroke patients
Beroerte	ACHS ³¹	Proces	Percentage of inpatients with a primary diagnosis of acute stroke with evidence that a documented plan for their ongoing care in the community was developed and provided to the patient/family prior to discharge	Total number of inpatients with a primary diagnosis of acute stroke with evidence that a documented plan for their ongoing care in the community was developed and provided to the patient/family prior to discharge	Total number of inpatients discharged to a private residence from hospital with a primary diagnosis of acute stroke
		Proces	Percentage of inpatients with a primary diagnosis of acute stroke with documented physiotherapy assessment within 48 hours of presentation to hospital	Total number of inpatients with a primary diagnosis of acute stroke with documented physiotherapy assessment within 48 hours of presentation to hospital	Total number of inpatients separated from hospital with a primary diagnosis of acute stroke
		Proces	Functional assessment within 72 hours of admission	Total number of patients admitted to a rehabilitation unit / facility for whom there is documented evidence of a functional assessment within 72 hours of patient admission	Total number of patients admitted to the rehabilitation unit / facility with a minimum length of stay of 72 hours
		Proces	Functional assessment within 72 hours before end of rehabilitation	Total number of inpatients for whom there is documented evidence of a functional assessment within 72 hours prior to cessation of an inpatient	Total number of inpatients who cease an inpatient rehabilitation program

Onderwerp	Bron [§]	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
		Proces	Multidisciplinary team plan within 7 days	rehabilitation program Total number of patients admitted to a rehabilitation unit / facility for whom there is a documented established multi-disciplinary rehabilitation plan within 7 days of patient admission	Total number of patients admitted to a rehabilitation unit / facility with a minimum length of stay of 7 days
		Proces	Discharge plan on separation	Total number of separations for which there is an appropriate discharge plan for a patient	Total number of separations
		Uitkomst	Functional gain following completed rehabilitation program	Total number of patients who have completed a rehabilitation program and for whom there is documented evidence of functional gain	Total number of patients who have completed a rehabilitation program
		Uitkomst	Return to pre-episode accommodation / accommodation allowing greater independence	Total number of patients who have completed a rehabilitation program and been discharged to their pre-episode form of accommodation, or a form of accommodation that allows for greater independence	Total number of patients who have completed a rehabilitation program and been discharged
Beroerte	AMA ³²	Proces	Percentage of patients aged 18 years and older with the diagnosis of ischemic stroke or intracranial hemorrhage for whom consideration of rehabilitation services is documented	Patients for whom consideration of rehabilitation services is documented (ordered rehabilitation or documented that rehabilitation was not indicated)	All patients aged 18 years and older with the diagnosis of ischemic stroke or intracranial hemorrhage
Beroerte	NSF ²¹	Proces	Percentage of stroke patients with documented physiotherapy assessment within 48 hours of admission to hospital during audit period	Number of stroke patients with documented physiotherapy assessment within 48 hours of admission to hospital during audit period	Total number of stroke patients admitted to hospital during audit period
		Proces	Percentage of stroke patients with documented care plan developed and provided to patient/family prior to hospital discharge during audit period	Number of stroke patients with documented care plan developed and provided to patient/family prior to hospital discharge during audit period	Total number of stroke patients' discharged from hospital during audit period
Beroerte	ACOVE ³³	Proces	Physical inactivity and exercise in stroke survivors	THEN counseling to increase physical activity should be documented annually	IF an ambulatory VE has had a TIA or stroke and is not physically active
Beroerte	DNIP ²⁵	Proces	Proportion of patients assessed by a	Number of stroke patients assessed by	Total number of stroke

Onderwerp	Bron [§]	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
		Proces	physiotherapist no later than the 2 nd day of hospitalization in order to clarify of the extent and type of rehabilitation and time for initiation of physiotherapy Proportion of patients assessed by an occupational therapist no later than the 2 nd day of hospitalization in order to clarify of the extent and type of rehabilitation and time for initiation of occupational therapy	a physiotherapist no later than the 2 nd day of hospitalization in order to clarify of the extent and type of rehabilitation and time for initiation of physiotherapy Number of stroke patients assessed by an occupational therapist no later than the 2 nd day of hospitalization in order to clarify of the extent and type of rehabilitation and time for initiation of occupational therapy	patients admitted to hospital Total number of stroke patients admitted to hospital
Beroerte	BSA ³⁴	Proces	Assessment by a speech therapist	All patients with documented aphasia or dysarthria diagnosed during acute treatment and/or at admission who are seen or treated by a speech therapist	All patients with documented aphasia or dysarthria diagnosed during acute treatment and/or at admission
		Uitkomst	Recovery of mobility	All patients who are able to move at least independently using a wheelchair at discharge (Barthel Index item "Mobility" ≥ 5) of those patients who were immobile at admission (Barthel Index item "Mobility" = 0)	All patients who were immobile at admission (Barthel Index item "Mobility" = 0)
		Uitkomst	Recovery of walking function	All patients who are able to move independently at discharge (Barthel Index item "Mobility" = 15) of those patients who were immobile or dependent on a wheelchair at admission (Barthel Index item "Mobility" < 15)	All patients who were immobile or dependent on a wheelchair at admission (Barthel Index item "Mobility" < 15)
		Uitkomst	Recovery of assistive upper limb function	All patients who can pick up a ball with both hands (item 5 of the arm section of the Rivermead Motor Assessment) at discharge of those who could not do so at admission	All patients who could not pick up a ball with both hands (item 5 of the arm section of the Rivermead Motor Assessment) at admission
		Uitkomst	Recovery of functional upper limb function	All patients who can pick up a piece of paper from a table and release it five times (item 8 of the arm section of the	All patients who could not pick up a piece of paper from a table and release it

Onderwerp	Bron [§]	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
				Rivermead Motor Assessment) at discharge of those who could not at admission	five times (item 8 of the Rivermead Motor Assessment) at admission
Beroerte	CSN ²³	Proces	Median time from hospital admission for stroke to initial assessment for rehabilitation potential by each of the rehabilitation disciplines (1)	Time from hospital admission to initial assessment for stroke rehabilitation needs by any rehabilitation professional	All patients admitted to hospital with an acute stroke
		Proces	Median time from hospital admission for stroke to initial assessment for rehabilitation potential by each of the rehabilitation disciplines (2)	Proportion of stroke patients who receive a rehabilitation assessment within 48 hours of hospital admission	All patients admitted to hospital with an acute stroke
		Proces	Proportion of acute stroke patients discharged from acute care to inpatient rehabilitation	Number of stroke patients admitted to inpatient rehabilitation following discharge from acute care	Total number of stroke patients discharged alive from acute care hospital
		Proces	Proportion of stroke patients discharged to the community who receive a referral for outpatient rehabilitation prior to discharge from acute care or inpatient rehabilitation	Number of stroke patients discharged to the community who receive referral for outpatient rehabilitation prior to discharge from acute care or inpatient rehabilitation	Number of stroke patients discharged to the community from acute care or inpatient rehabilitation
		Proces	Median length of time between referral for outpatient rehabilitation and admission to a facility-based, home-based or community stroke rehabilitation program	Time from referral being submitted to notification of acceptance into program (in days)	-
		Proces	Median length of time between referral for outpatient rehabilitation to commencement of therapy (1)	Median time from referral being submitted to the outpatient rehabilitation program to the first day of therapy commencement	-
		Proces	Median length of time between referral for outpatient rehabilitation to commencement of therapy (2)	Median time from confirmed acceptance into outpatient rehabilitation program to first day of therapy commencement	-
		Proces	Proportion of patients with severe stroke reassessed for rehabilitation following initial assessment	Number of stroke patients reassessed for rehabilitation following initial assessment	Total number of patients with severe stroke
		Proces	Proportion of patients with severe	Number of severe stroke patients	Total number of patients

Onderwerp	Bron ^s	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
			stroke admitted to inpatient rehabilitation within 6 months of stroke onset	admitted to inpatient rehabilitation within 6 months of stroke onset	with severe stroke discharged alive from hospital following stroke event
		Proces	Proportion of patients admitted to a coordinated stroke unit – either a combined acute care and rehabilitation unit, or a rehabilitation stroke unit in an inpatient rehabilitation facility – at any time during their hospital stay (acute and/or rehabilitation)	Number of stroke patients admitted to a rehabilitation facility who spent any time on a stroke unit inpatient rehabilitation stay	Total number of stroke patients admitted to an inpatient rehabilitation facility
		Proces	Proportion of total time during inpatient rehabilitation following an acute stroke event that is spent on a rehabilitation stroke unit	Sum [all time spent on rehabilitation stroke unit]	Number of stroke patients who spent any time on a rehabilitation stroke unit
		Proces	Final discharge disposition for stroke survivors following inpatient rehabilitation: including proportion of stroke rehabilitation patients discharged to their original place of residence; to a long term care facility or nursing home; or requiring readmission back to an acute care hospital for stroke related cause	Number of stroke patients discharged from inpatient rehabilitation to each of: their original place of residence with or without support services; to a long term care facility or nursing home; other form of assisted living; readmission to an acute care hospital for stroke related causes	All stroke patients discharged alive from an inpatient rehabilitation facility
		Proces	Number of stroke patients initially assessed by each rehabilitation discipline, including: physiotherapist; occupational therapist; speech language pathologist; social workers, and other relevant specialists during inpatient rehabilitation	Number of stroke patients initially assessed by each rehabilitation discipline, including: physiotherapist; occupational therapist; speech language pathologist; social workers, and other relevant specialists during inpatient rehabilitation	Total number of stroke patients admitted to inpatient rehabilitation
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional while in an inpatient rehabilitation setting following stroke (1)	Mean/median number of visits received by each type of rehabilitation professional for all stroke patients admitted to inpatient rehabilitation	-

Onderwerp	Bron ^s	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional while in an inpatient rehabilitation setting following stroke (2)	Mean/median duration of visits by each type of rehabilitation professional for all stroke patients admitted to inpatient rehabilitation	-
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional while in an inpatient rehabilitation setting following stroke (3)	Mean/median weeks of therapy received by inpatient rehabilitation stroke patients by each type of rehabilitation professional	-
		Uitkomst	Change in functional status using a standardized measurement tool, from time of admission to an inpatient rehabilitation unit for stroke patients, to the time of discharge from inpatient rehabilitation	Sum [discharge functional score – admission functional score] for all stroke patients admitted to inpatient rehabilitation	Number of patients admitted to inpatient rehabilitation following an acute stroke
		Proces	Length of time between stroke onset and admission to stroke inpatient rehabilitation	Calculate: Stroke patient admission date to inpatient rehabilitation facility – stroke admission date to emergency department or acute inpatient care	-
		Uitkomst	Proportion of stroke patients admitted to inpatient rehabilitation who requires readmission to an acute care hospital for stroke related causes	Number of stroke patients readmitted to acute care hospital for stroke-related causes from inpatient rehabilitation	Number of stroke patients admitted to inpatient rehabilitation
		Proces	Median number of days spent as 'alternate level of care' in an acute care setting prio to arrival in inpatient rehabilitation setting	Sum [total days spent in 'alternate level of care' status at acute care hospital] for patients who are discharged to inpatient rehabilitation	All patients discharged from acute care to inpatient rehabilitation
		Proces	Total length of time (days) spent in inpatient rehabilitation	Sum [number of days from admission date to discharge date] for inpatient rehabilitation patients	Total number of patients discharged alive from inpatient rehabilitation
		Proces	Number of patients screened for cognitive impairment using valid screening tool during inpatient rehabilitation	Number of patients screened for cognitive impairment using valid screening tool during inpatient rehabilitation	Total number of stroke patients admitted to an inpatient rehabilitation facility
		Uitkomst	Time from stroke onset to mobilization:	Time (hours) from stroke onset to	-

Onderwerp	Bron ^s	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
			a) sitting; b) standing upright; c) walking with/without assistance	mobilization: a) sitting; b) standing upright; c) walking with/without assistance	
		Proces	Number of days spent in alternate level of care (ALC) in acute care or inpatient rehabilitation while waiting for return to home or placement to a residential or long term care setting	Sum [total days spent in ALC status at acute care hospital[for patients who are discharged to inpatient rehabilitation	All patients discharged from acute care or inpatient rehabilitation to a long term care home or residential setting
		Proces	Number of stroke patients initially assessed by each rehabilitation discipline, including: physiotherapist; occupational therapist; speech language pathologist; social workers, and other relevant specialists while receiving stroke rehabilitation therapy in the community	Number of stroke patients initially assessed by each rehabilitation discipline, including: physiotherapist; occupational therapist; speech language pathologist; social workers, and other relevant specialists while receiving stroke rehabilitation therapy in the community	Total number of stroke patients discharged to the community following a stroke event, either directly from acute care or following an admission to inpatient rehabilitation
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional in a home or community-based rehabilitation setting following stroke (1)	Mean/median number of visits to each type of rehabilitation professional during home or community-based rehabilitation	-
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional in a home or community-based rehabilitation setting following stroke (2)	Mean/median duration of visits to each type of rehabilitation professional for all stroke patients during home or community-based rehabilitation	-
		Proces	Frequency, duration, and intensity of therapies received from each relevant rehabilitation professional in a home or community-based rehabilitation setting following stroke (3)	Mean/median weeks of therapy received by stroke patients by each type of rehabilitation professional during home or community-based rehabilitation	-
		Uitkomst	Change in functional status using a standardized measurement tool, from time of admission to an inpatient rehabilitation unit for stroke patients, to the time of discharge from home or	Sum [discharge functional score – admission functional score] for all stroke patients participating in home or community-based rehabilitation programs	Number of patients admitted to home or community-based rehabilitation programs following an acute stroke

Onderwerp	Bron [§]	Type	Omschrijving	Teller	Noemer
			community-based rehabilitation programs		

[§] ACHS: Australian Council on Healthcare Standards; ACOVE: Assessing Care of Vulnerable Elders; AMA: American Medical Association; BSA: Berlin Stroke Alliance; CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg; CSN: Canadian Stroke Network; DNIP: Danish National Indicator Project; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Kwaliteitsbeoordeling

Algemeen is de kwaliteit van de 9 publicaties matig (Tabel 9). Geen enkele (set van) indicator(en) scoort over de ganse lijn goed op het AIRE instrument. De methodologisch sterkste sets (domein 3) zijn die van ACOVE³³ en van de Berlin Stroke Alliance³⁴. De sets van de Berlin Stroke Alliance³⁴ en van het CBO²² scoren dan weer behoorlijk op Domein 4 'Verdere onderbouwing, formulering en gebruik'.

De beoordeling van het Deense National Indicator Project²⁵ werd bemoeilijkt door het feit dat sommige documenten in het Deens gepubliceerd zijn.

Tabel 9. Kwaliteitsbeoordeling van geïnccludeerde artikelen met relevante indicatoren (AIRE).

Organisatie §	Titel	Gestandaardiseerde domeinscores #			
		1	2	3	4
ACHS ³¹	Australasian Clinical Indicator Report 2003 – 2010	47%	22%	0%	53%
ACOVE ³³	Quality Indicators for the Care of Stroke and Atrial Fibrillation in Vulnerable Elders	60%	44%	67%	53%
AMA ³²	Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set	53%	100%	33%	40%
BSA ³⁴	Evidence-Based Quality Indicators for Stroke Rehabilitation	60%	56%	78%	73%
CBO ²²	Concept Interne indicatoren Beroerte	80%	56%	44%	60%
CSN ²³	The Canadian Stroke Strategy. Performance Measurement Manual	60%	100%	33%	47%
DNIP ²⁵	Acute Stroke: Indicators and Standards in The Danish National Indicator Project	53%	0%	0%	40%
JCAHO ³⁰	Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a	53%	44%	33%	47%
NSF ²¹	Acute stroke services framework 2008	67%	56%	33%	27%

§ ACHS: Australian Council on Healthcare Standards; ACOVE: Assessing Care of Vulnerable Elders; AMA: American Medical Association; BSA: Berlin Stroke Alliance; CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg; CSN: Canadian Stroke Network; DNIP: Danish National Indicator Project; JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Domein 1: Doel, relevantie & organisatorisch verband; Domein 2: Betrokkenheid van belanghebbenden; Domein 3: Wetenschappelijk bewijs; Domein 4: Verdere onderbouwing, formulering en gebruik (enkel item 12, 13, 14, 18 en 20).

Conclusies

- Voor beroerte werden drie goede richtlijnen en één behoorlijk goede richtlijn teruggevonden. Van deze richtlijnen gaat enkel de SIGN richtlijn specifiek over revalidatie.
- Enkel voor beroerte werden uitgewerkte indicatoren gevonden. Het betreft vooral procesindicatoren, maar er werden ook 12 uitkomstindicatoren gevonden. Deze lijst lijkt een goede vertrekbasis, en kan eventueel aangevuld worden met indicatoren gebaseerd op de aanbevelingen uit de 4 goede richtlijnen.
- Voor amputatie werd één goede Nederlandse conceptrichtlijn gevonden. Indicatoren werden niet teruggevonden, maar de VRA richtlijn kan als basis dienen voor de uitwerking van indicatoren.
- Voor totale heupprothese werd één behoorlijk goede Nederlandse richtlijn gevonden. Indicatoren werden niet teruggevonden, maar de NOV richtlijn kan als basis dienen voor de uitwerking van indicatoren.
- Voor totale knieprothese werd één behoorlijk goede Franse richtlijn gevonden. Indicatoren werden niet teruggevonden, maar de HAS richtlijn kan als basis dienen voor de uitwerking van indicatoren.

Appendices | Zoektermen

OVID Medline Richtlijnen

1. "recommendation*".m_titl.
2. "standard*".m_titl.
3. "guideline*".m_titl.
4. Guideline/ or Practice Guideline/
5. 1 or 2 or 3 or 4
6. *"Recovery of Function"/
7. rehabilitation.fs.
8. Rehabilitation Centers/
9. exp *Rehabilitation/
10. exp *Stroke/
11. exp *Brain Ischemia/
12. (CVA or TIA).mp.
13. 10 or 11 or 12
14. exp *Hip Fractures/
15. *hip prosthesis/ or *knee prosthesis/
16. *arthroplasty, replacement, hip/ or *arthroplasty, replacement, knee/
17. exp *Amputation/
18. 6 or 7 or 8 or 9
19. 13 or 14 or 15 or 16 or 17
20. 5 and 18 and 19
21. limit 20 to (yr="2007 - 2012" and (dutch or english or french or german))

Indicatoren

1. *"Recovery of Function"/
2. rehabilitation.fs.
3. Rehabilitation Centers/
4. exp *Rehabilitation/
5. exp *Stroke/
6. exp *Brain Ischemia/
7. (CVA or TIA).mp.
8. 5 or 6 or 7
9. exp *Hip Fractures/
10. *hip prosthesis/ or *knee prosthesis/
11. *arthroplasty, replacement, hip/ or *arthroplasty, replacement, knee/
12. exp *Amputation/
13. 1 or 2 or 3 or 4
14. 8 or 9 or 10 or 11 or 12
15. "Quality of Health Care"/
16. Patient Care Management/
17. "Organization and administration"/
18. Quality Assurance, Health Care/
19. Quality Indicators, Health Care/
20. exp Physician's Practice Patterns/
21. exp Guideline Adherence/
22. exp "Diffusion of Innovation"/
23. exp Registries/
24. exp Health Care Surveys/
25. 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24
26. 13 and 14 and 25
27. limit 26 to (yr="2007 - 2012" and (dutch or english or french or german))

National Guideline Clearinghouse

Combinatie van rehab* met *search by topic*:

- Cerebrovascular Disorders
- Arthroplasty
- Amputation
- Hip Fractures

Guidelines International Network

Combinatie van rehab* met de volgende MeSH termen:

- Femoral Fractures
- Arthroplasty, Replacement
- Orthopedic Surgery
- Cerebrovascular Disorders
- Hip Injuries
- Stroke/Cerebrovascular Accident

National Quality Measures Clearinghouse

Combinatie van rehab* met *search by topic*:

- Cerebrovascular Disorders
- Arthroplasty
- Amputation
- Hip Fractures

AGREE II INSTRUMENT

Onderwerp en doel
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven
2. De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven
3. De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven
Betrokkenheid van belanghebbenden
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd
Methodologie
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
8. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld

Helderheid en presentatie
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen
Toepassing
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd
Onafhankelijkheid van opstellers
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken
Algemeen oordeel
Beoordeel de algemene kwaliteit van de richtlijn
Ik zou deze richtlijn aanbevelen voor gebruik (zet een kruisje waar van toepassing):
Ja
Ja, met aanpassingen
Nee

AIRE INSTRUMENT

Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft
1. Het doel waarvoor de indicator is ontwikkeld is duidelijk beschreven
2. De criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven
3. Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek beschreven
4. Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is specifiek beschreven
5. De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend
Betrokkenheid van belanghebbenden
6. De leden van de commissie die de indicator hebben ontwikkeld, zijn afkomstig uit relevante beroepsgroepen
7. Gezien het doel van de indicator zijn alle relevante partijen betrokken bij de indicatorontwikkeling
8. De indicator is formeel vastgelegd
Wetenschappelijk bewijs
9. Systematische methoden zijn toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
10. De indicator is gebaseerd op aanbevelingen uit een evidence-based richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies
11. De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijsmateriaal waarop de indicator is gebaseerd, is systematisch onderzocht en/of samengevat
Verdere onderbouwing, formulering en gebruik [§]
12. De teller en noemer van de indicator zijn specifiek beschreven
13. De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend
14. Een strategie voor risicocorrectie is overwogen en beschreven (risk-adjustment)
15. <i>De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)</i>
16. <i>De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid)</i>
17. <i>De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen)</i>
18. De indicator is getest in de praktijk
19. <i>Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data</i>
20. De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten

[§] De schuingedrukte items hebben betrekking op individuele indicatoren, en werden dan ook niet gebruikt voor de beoordeling van de artikelen.

Redenen voor exclusie

RICHTLIJNEN	
Referentie	Reden voor exclusie
Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2008;12(1):29-37.	Narratieve review, geen richtlijn
American Medical Directors Association (AMDA). Stroke management in the long-term care setting. Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA); 2011.	Niet elektronisch beschikbaar
Sabari J, Lieberman D. Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA); 2008.	Niet elektronisch beschikbaar
Bryer A, Connor MD, Haug P, Cheyip B, Staub H, Tipping B, et al. The South African guideline for the management of ischemic stroke and transient ischemic attack: recommendations for a resource-constrained health care setting. <i>Int J Stroke</i> . 2011;6(4):349-54.	Geen duidelijke beschrijving van de search
Coudeyre E, Jardin C, Givron P, Ribinik P, Revel M, Rannou F. Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. <i>Ann Readapt Med Phys</i> . 2007;50(3):189-97.	Richtlijn, preoperatieve setting
Foley N, Pereira S, Salter K, Meyer M, McClure JA, Teasell R. Are recommendations regarding inpatient therapy intensity following acute stroke really evidence-based? <i>Topics in Stroke Rehabilitation</i> . 2012;19(2):96-103.	Review van richtlijnen, allen reeds geïdentificeerd
Hurdowar A, Graham ID, Bayley M, Harrison M, Wood-Dauphinee S, Bhogal S. Quality of stroke rehabilitation clinical practice guidelines. <i>J Eval Clin Pract</i> . 2007;13(4):657-64.	Review van richtlijnen gepubliceerd tussen 1998 en 2004
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and treatment of ischemic stroke. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun.	Richtlijn, gaat niet over revalidatie
Management of Stroke Rehabilitation Working G. VA/DOD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. <i>Journal of Rehabilitation Research & Development</i> . 2010;47(9):1-43.	Samenvatting van de VA/DoD richtlijn
Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. <i>Stroke</i> . 2010;41(10):2402-48.	Geen duidelijke beschrijving van de search
National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Feb.	Richtlijn, gaat niet over revalidatie
National Clinical Guideline Centre. Hip fracture. The management of hip fracture in adults. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011 Jun.	Richtlijn, gaat enkel over heupfractuur
Ostwald SK, Davis S, Hersch G, Kelley C, Godwin KM. Evidence-based educational guidelines for	Geen richtlijn

Referentie	Reden voor exclusie
stroke survivors after discharge home. J Neurosci Nurs. 2008;40(3):173-9.	
Pieterse AJ, Cup EHC, Knuijt S, Akkermans R, Hendricks HT, van Engelen BGM, et al. Development of a tool to guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services. Part two. Disabil Rehabil. 2008;30(11):863-70.	Geen richtlijn
Pieterse AJ, Cup EHC, Knuijt S, Hendricks HT, van Engelen BGM, van der Wilt G-J, et al. Development of a tool to guide referral of patients with neuromuscular disorders to allied health services. Part one. Disabil Rehabil. 2008;30(11):855-62.	Geen richtlijn
Rannou F, Coudeyre E, Ribinik P, Mace Y, Poiraudou S, Revel M. Establishing recommendations for physical medicine and rehabilitation: the SOFMER methodology. Ann Readapt Med Phys. 2007;50(2):100-10.	Geen richtlijn
Shinohara Y, Yamaguchi T. Outline of the Japanese Guidelines for the Management of Stroke 2004 and subsequent revision. Int J Stroke. 2008;3(1):55-62.	Richtlijn, versie van 2004
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2009 Jun.	Richtlijn, gaat enkel over heupfractuur
Swanson EA, Schmalzried TP, Dorey FJ. Activity recommendations after total hip and knee arthroplasty: a survey of the American Association for Hip and Knee Surgeons. J Arthroplasty. 2009;24(6 Suppl):120-6.	Geen richtlijn
van Peppen RPS, Hendriks HJM, van Meeteren NLU, Helders PJM, Kwakkel G. The development of a clinical practice stroke guideline for physiotherapists in The Netherlands: a systematic review of available evidence. Disabil Rehabil. 2007;29(10):767-83.	Richtlijn, versie van 2004

INDICATOREN	
Referentie	Reden voor exclusie
Alviar MJ, Olver J, Brand C, Hale T, Khan F. Do patient-reported outcome measures used in assessing outcomes in rehabilitation after hip and knee arthroplasty capture issues relevant to patients? Results of a systematic review and ICF linking process. <i>J Rehabil Med.</i> 2011;43(5):374-81.	Outcome instrumenten
Alviar MJ, Olver J, Brand C, Tropea J, Hale T, Pirpiris M, et al. Do patient-reported outcome measures in hip and knee arthroplasty rehabilitation have robust measurement attributes? A systematic review. <i>J Rehabil Med.</i> 2011;43(7):572-83.	Outcome instrumenten
Barber PA, Gommans J, Fink J, Hanger HC, Bennett P, Ataman N. Acute stroke services in New Zealand: changes between 2001 and 2007. <i>N Z Med J.</i> 2008;121(1285):46-51.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Bartel S, Bethge M, Streibelt M, Thren K, Lassahn C. Factors of successful integrated care settings for total knee and hip arthroplasty: findings of a qualitative process analysis. <i>Rehabilitation (Stuttg).</i> 2010;49(3):138-46.	Kwalitatieve studie, geen uitgewerkte indicatoren
Bates BE, Kwong PL, Kurichi JE, Bidelspach DE, Reker DM, Maislin G, et al. Factors influencing decisions to admit patients to veterans affairs specialized rehabilitation units after lower-extremity amputation. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2009;90(12):2012-8.	Geen uitgewerkte indicatoren
Bejot Y, Rouaud O, Jacquin A, Osseby G-V, Durier J, Manckoundia P, et al. Stroke in the very old: incidence, risk factors, clinical features, outcomes and access to resources--a 22-year population-based study. <i>Cerebrovasc Dis.</i> 2010;29(2):111-21.	Geen uitgewerkte indicatoren
Berry DJ, Bozic KJ. Current practice patterns in primary hip and knee arthroplasty among members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. <i>J Arthroplasty.</i> 2010;25(6 Suppl):2-4.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Brock K, Black S, Cotton S, Kennedy G, Wilson S, Sutton E. Goal achievement in the six months after inpatient rehabilitation for stroke. <i>Disabil Rehabil.</i> 2009;31(11):880-6.	Geen uitgewerkte indicatoren
Censullo J, Chiu D. Comprehensive stroke center quality metrics. <i>Critical Pathways in Cardiology.</i> 2008;7(3):178-84.	Geen indicatoren over revalidatie
Child N, Barber PA, Fink J, Jones S, Voges K, Vivian M. New Zealand National Acute Stroke Services Audit 2009: organisation of acute stroke services in New Zealand. <i>N Z Med J.</i> 2011;124(1340):13-20.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
Comas M, Roman R, Quintana JM, Castells X, Group IM. Unmet needs and waiting list prioritization for knee arthroplasty. <i>Clin Orthop.</i> 2010;468(3):789-97.	Geen uitgewerkte indicatoren
Dawson J, Shamley D, Jamous MA. A structured review of outcome measures used for the assessment of rehabilitation interventions for spinal cord injury. <i>Spinal Cord.</i> 2008;46(12):768-80.	Verkeerde indicatie
Deathe AB, Wolfe DL, Devlin M, Hebert JS, Miller WC, Pallaveshi L. Selection of outcome measures in lower extremity amputation rehabilitation: ICF activities. <i>Disabil Rehabil.</i> 2009;31(18):1455-73.	Outcome instrumenten
Deck R, Richter S, Huppe A. The elderly patient during medical rehabilitation - problems and needs. <i>Rehabilitation (Stuttg).</i> 2009;48(6):326-34.	Geen uitgewerkte indicatoren
Ditunno JF. Outcome measures: evolution in clinical trials of neurological/functional recovery in spinal	Verkeerde indicatie

Referentie	Reden voor exclusie
cord injury. Spinal Cord. 2010;48(9):674-84.	
Dowla N, Chan L. Improving quality in stroke rehabilitation. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(4):230-8.	Geen uitgewerkte indicatoren
Eames S, Hoffmann T, McKenna K, Worrall L. Community-based stroke information for clients with stroke and their carers: is there congruency between actual and recommended practice? Topics in Stroke Rehabilitation. 2008;15(4):295-306.	Geen uitgewerkte indicatoren
Gerdes N, Funke UN, Schuwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, et al. Pay for performance in rehabilitation after stroke - results of a pilot project 2001-2008. Rehabilitation (Stuttg). 2009;48(4):190-201.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
Geschwindner HM, Rettke H, van den Heuvel WJA, Halfens RJG, Dassen T. Rehabilitation in acute stroke patients in German-speaking Switzerland. Swiss Med Wkly. 2007;137(13-14):205-11.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Gommans J, Barber PA, Hanger HC, Bennett P. Rehabilitation after stroke: changes between 2002 and 2007 in services provided by district health boards in New Zealand. N Z Med J. 2008;121(1274):26-33.	Geen uitgewerkte indicatoren
Granger CV, Markello SJ, Graham JE, Deutsch A, Ottenbacher KJ. The uniform data system for medical rehabilitation: report of patients with stroke discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil. 2009;88(12):961-72.	Geen uitgewerkte indicatoren
Granger CV, Reistetter TA, Graham JE, Deutsch A, Markello SJ, Niewczyk P, et al. The Uniform Data System for Medical Rehabilitation: report of patients with hip fracture discharged from comprehensive medical programs in 2000-2007. Am J Phys Med Rehabil. 2011;90(3):177-89.	Geen uitgewerkte indicatoren
Gustafsson L, Yates K. Are we applying interventions with research evidence when targeting secondary complications of the stroke-affected upper limb. Aust Occup Ther J. 2009;56(6):428-35.	Geen uitgewerkte indicatoren
Hebert JS, Wolfe DL, Miller WC, Deathe AB, Devlin M, Pallaveshi L. Outcome measures in amputation rehabilitation: ICF body functions. Disabil Rehabil. 2009;31(19):1541-54.	Outcome instrumenten
Hoenig H, Lee J, Stineman M. Conceptual overview of frameworks for measuring quality in rehabilitation. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(4):239-51.	Geen uitgewerkte indicatoren
Ilett PA, Brock KA, Graven CJ, Cotton SM. Selecting patients for rehabilitation after acute stroke: are there variations in practice? Arch Phys Med Rehabil. 2010;91(5):788-93.	Geen uitgewerkte indicatoren
Kalra L, Walker MF. Stroke rehabilitation in the United Kingdom. Topics in Stroke Rehabilitation. 2009;16(1):27-33.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
Katz JN, Mahomed NN, Baron JA, Barrett JA, Fossel AH, Creel AH, et al. Association of hospital and surgeon procedure volume with patient-centered outcomes of total knee replacement in a population-based cohort of patients age 65 years and older. Arthritis Rheum. 2007;56(2):568-74.	Geen uitgewerkte indicatoren
Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U, Erbstosser S, Lindow B, Naumann B, et al. Quality assurance of rehabilitation by the German pension insurance: an overview. Rehabilitation (Stuttg).	Geen uitgewerkte indicatoren

Referentie	Reden voor exclusie
2010;49(6):356-67.	
Koh C-L, Hoffmann T, Bennett S, McKenna K. Management of patients with cognitive impairment after stroke: a survey of Australian occupational therapists. <i>Aust Occup Ther J.</i> 2009;56(5):324-31.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Korner-Bitensky N, Barrett-Bernstein S, Bibas G, Poulin V. National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. <i>Aust Occup Ther J.</i> 2011;58(4):241-50.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Kostuj T, Smektala R. Quality assurance using routine data. Is outcome quality now measurable? <i>Unfallchirurg.</i> 2010;113(12):1047-8.	Geen uitgewerkte indicatoren
Kus S, Muller M, Strobl R, Grill E. Patient goals in post-acute geriatric rehabilitation--goal attainment is an indicator for improved functioning. <i>J Rehabil Med.</i> 2011;43(2):156-61.	Geen uitgewerkte indicatoren
Lingsma HF, Dippel DWJ, Hoeks SE, Steyerberg EW, Franke CL, van Oostenbrugge RJ, et al. Variation between hospitals in patient outcome after stroke is only partly explained by differences in quality of care: results from the Netherlands Stroke Survey.[Reprint in <i>Ned Tijdschr Geneeskd.</i> 2008 Sep 27;152(39):2126-32; PMID: 18856030]. <i>J Neurol Neurosurg Psychiatry.</i> 2008;79(8):888-94.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Menon A, Bitensky NK, Straus S. Best practise use in stroke rehabilitation: from trials and tribulations to solutions! <i>Disabil Rehabil.</i> 2010;32(8):646-9.	Geen uitgewerkte indicatoren
Merle V, Moret L, Pidhorz L, Dujardin F, Gouin F, Josset V, et al. Does comparison of performance lead to better care? A pilot observational study in patients admitted for hip fracture in three French public hospitals. <i>Int J Qual Health Care.</i> 2009;21(5):321-9.	Verkeerde indicatie (heupfractuur)
Muller M, Strobl R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. <i>J Rehabil Med.</i> 2011;43(2):145-50.	Geen uitgewerkte indicatoren
National Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne (Australia): National Stroke Foundation; 2010 Sep.	Geen uitgewerkte indicatoren
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Conceptrichtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit, 2010.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
New Zealand Stroke Foundation. National Acute Stroke Services. Audit 2009.	Geen uitgewerkte indicatoren
Purvis T, Cadilhac D, Donnan G, Bernhardt J. Systematic review of process indicators: including early rehabilitation interventions used to measure quality of acute stroke care. <i>Int J Stroke.</i> 2009;4(2):72-80.	Vóór 2007, geen indicatoren over revalidatie
Rinere O'Brien S. Trends in inpatient rehabilitation stroke outcomes before and after advent of the prospective payment system: a systematic review. <i>J Neurol Phys Ther.</i> 2010;34(1):17-23.	Geen uitgewerkte indicatoren
Ring H, Itzkovich M, Dynia A. Survey on the use of function assessment and outcome measures in rehabilitation facilities in Israel (SUFA 2004). <i>Isr Med Assoc J.</i> 2007;9(2):102-6.	Geen uitgewerkte indicatoren
Saposnik G, Kapral MK, Coutts SB, Fang J, Demchuk AM, Hill MD, et al. Do all age groups benefit from organized inpatient stroke care? <i>Stroke.</i> 2009;40(10):3321-7.	Geen uitgewerkte indicatoren

Referentie	Reden voor exclusie
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Jun.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
Skarin M, Bernhardt J, Sjöholm A, Nilsson M, Linden T. 'Better wear out sheets than shoes': a survey of 202 stroke professionals' early mobilisation practices and concerns. Int J Stroke. 2011;6(1):10-5.	Pattern-of-care questionnaire, geen uitgewerkte indicatoren
Smalbrugge M, Achterberg WP, Dik MG, Hertogh CPM, Frijters DH. Stroke patients in need of long-term nursing home care. Who are they? What are their problems? Which care do they receive? Tijdschr Gerontol Geriatr. 2008;39(5):193-201.	Geen uitgewerkte indicatoren
Stubbe JH, Gelsema T, Delnoij DMJ. The Consumer Quality Index Hip Knee Questionnaire measuring patients' experiences with quality of care after a total hip or knee arthroplasty. BMC Health Services Research. 2007;7(60).	Geen indicatoren over revalidatie
Sund R. Modeling the volume-effectiveness relationship in the case of hip fracture treatment in Finland. BMC Health Services Research. 2010;10(238).	Verkeerde indicatie (heupfractuur)
Tian W, DeJong G, Munin MC, Smout R. Patterns of rehabilitation after hip arthroplasty and the association with outcomes: an episode of care view. Am J Phys Med Rehabil. 2010;89(11):905-18.	Pattern-of care studie
VA/DoD. Management of Stroke Rehabilitation Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense; 2010.	Geen uitgewerkte indicatoren, wel lijst aanwezig
Van Peppen RPS, Maissan FJF, Van Genderen FR, Van Dolder R, Van Meeteren NLU. Outcome measures in physiotherapy management of patients with stroke: a survey into self-reported use, and barriers to and facilitators for use. Physiother Res Int. 2008;13(4):255-70.	Geen uitgewerkte indicatoren
Worsowicz GM. Stroke rehabilitation: the quality journey. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(4):305-7.	Geen uitgewerkte indicatoren
Zichtbare zorg. Heup/knievervanging: indicatorenset, 2009.	Geen indicatoren over revalidatie
Zorowitz RD. Stroke rehabilitation quality indicators: raising the bar in the inpatient rehabilitation facility. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(4):294-304.	Geen uitgewerkte indicatoren

Lijst van niet-uitgewerkte indicatoren

Tabel 10. Overzicht van niet-uitgewerkte indicatoren specifiek voor revalidatie.

Onderwerp	Bron [§]	Indicator(en)
Amputatie	VRA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Voor een amputatie dient een consult aangevraagd te zijn bij een revalidatiearts, BIG geregistreeerde psycholoog of maatschappelijk werkende of pastoraal medewerker, fysiotherapeut, waarna multidisciplinair overleg volgt over onder andere niveau amputatie en vervolgbeleid 2. Aanwezigheid van een revalidatieprotocol over het peri-operatieve beleid rondom een beenamputatie 3. Aanwezigheid van schriftelijk voorlichtingsmateriaal te voor de amputatiepatiënt over het te volgen revalidatietraject 4. Percentage EA index dat pre-operatief bij de amputatiepatiënt gemeten wordt 5. Percentage aanmeldingen arbeidsre-integratietraject (patiënten <65 jaar) 6. Percentage SIGAM/WAP registratie mobiliteitsclassificatie
Beroerte	Purvis et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assessment by a physiotherapist 2. Individualized goals with reference to higher level function, i.e. driving, socialising, return to work 3. Patient/carer aware of therapy goals 4. Patient/carer aware of discharge planning
Beroerte	SIGN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Document when patients and carers are involved in decision making and what the participation involves (define early and active) 2. Document when patients are mobilised (define early and mobilisation) 3. Document the frequency of ADL training (define the distinction between training and assisting a patient to get washed and dressed) 4. The proportion of patients receiving an upper arm splint (define the purpose of the splint)
Beroerte	VA/DoD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positive change in the Functional Independence Measures (FIM™) score over a period of time in the post-acute care period 2. Functional status (including activities of daily living [ADL] and instrumental activities of daily living [IADL]) at 3 months following the acute stroke period 3. Rehospitalizations at 3 months following the acute stroke period 4. Community dwelling status at 3 months following the acute stroke period 5. Mortality at 3 months following the acute stroke period
Beroerte	Kalra et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiotherapy assessment within first 72 hours of admission 2. Assessment by an occupational therapist within 7 days of admission 3. Rehabilitation goals agreed by the multidisciplinary team
Beroerte	Child et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Routine assessment of need for further rehabilitation 2. Community based rehabilitation access 3. Early supported discharge access
Beroerte	Gerdes et al.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selbstständigkeitsindex für die neurologische und geriatrische Rehabilitation (SINGER)

[§] SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; VA/DoD: Department of Veteran Affairs/ Department of Defense; VRA: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.

Referenties

1. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, et al. Canadian best practice recommendations for stroke care. Ottawa (ON): Canadian Stroke Network; 2010.
2. Quinn TJ, Paolucci S, Sunnerhagen KS, Sivenius J, Walker MF, Toni D, et al. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the european stroke organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *J Rehabil Med.* 2009;41(2):99-111.
3. Department of Veteran Affairs and Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. VA/DoD; 2010.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010.
5. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. Utrecht: CBO; 2009.
6. National Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne: National Stroke Foundation; 2010.
7. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010.
8. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Conceptrichtlijn amputatie en prothesiologie onderste extremiteit. Utrecht: VRA; 2011.
9. Department of Veteran Affairs and Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Lower Limb Amputation. VA/DoD; 2007.
10. Barrois B, Gouin F, Ribinik P, Revel M, Rannou F, Societe Francaise de Medecine Physique et R. What is the interest of rehabilitation in physical medicine and functional rehabilitation ward after total hip arthroplasty? Elaboration of french clinical practice guidelines. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(8):700-4.
11. Froehlig P, Le Mouel S, Coudeyre E, Revel M, Rannou F. What is the interest of early mobilization after total hip arthroplasty? Development of French guidelines for clinical practice. *Ann Readapt Med Phys.* 2008;51(3):212-7.
12. Genet F, Gouin F, Coudeyre E, Revel M, Rannou F. The benefits of ambulatory physiotherapy after total hip replacement. Clinical practice recommendations. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(9):776-82.
13. Barrois B, Ribinik P, Gougeon F, Rannou F, Revel M. What is the role of the physical medicine and rehabilitation unit after total knee arthroplasty? Clinical practice recommendations. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(9):729-33.
14. Genet F, Mascard E, Coudeyre E, Revel M, Rannou F. The benefits of ambulatory physiotherapy after total knee replacement. Clinical practice recommendations. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(9):793-801.
15. Postel JM, Thoumie P, Missaoui B, Biau D, Ribinik P, Revel M, et al. Continuous passive motion compared with intermittent mobilization after total knee arthroplasty. Elaboration of French clinical practice guidelines. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(4):244-57.
16. Coudeyre E, Lefevre-Colau MM, Griffon A, Camilleri A, Ribinik P, Revel M, et al. Is there predictive criteria for transfer of patients to a rehabilitation ward after hip and knee total arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(5):327-36; 17-26.
17. Swierstra BA, Vervest AMJS, Walenkamp GHIM, Schreurs BW, Spierings PTJ, Heyligers IC, et al. Dutch guideline on total hip prosthesis. *Acta Orthop.* 2011;82(5):567-76.
18. Haute Autorité de Santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. Paris: HAS; 2008.
19. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose. Utrecht: CBO; 2007.
20. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie.* 2010;120(1 suppl).
21. National Stroke Foundation. Acute stroke services framework 2008. Melbourne VIC: National Stroke Foundation; 2008.
22. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Concept Interne indicatoren Beroerte. Utrecht: CBO; 2008.

23. CCS Information & Evaluation Working Group. Performance Measurement Manual. A supplement to the Canadian Best Practices Recommendations for Stroke Care (Update 2008). 2008.
24. Palnum KD, Petersen P, Sorensen HT, Ingeman A, Mainz J, Bartels P, et al. Older patients with acute stroke in Denmark: quality of care and short-term mortality. A nationwide follow-up study. *Age Ageing*. 2008;37(1):90-5.
25. [cited May 2nd 2012]. The Danish National Indicator Project. Available from: <http://www.nip.dk/>
26. Purvis T, Cadilhac D, Donnan G, Bernhardt J. Systematic review of process indicators: including early rehabilitation interventions used to measure quality of acute stroke care. *Int j*. 2009;4(2):72-80.
27. Kalra L, Walker MF. Stroke rehabilitation in the United kingdom. *TOP*. 2009;16(1):27-33.
28. Child N, Barber PA, Fink J, Jones S, Voges K, Vivian M. New Zealand National Acute Stroke Services Audit 2009: organisation of acute stroke services in New Zealand. *N Z Med J*. 2011;124(1340):13-20.
29. Gerdes N, Funke UN, Schuwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, et al. Pay for performance in rehabilitation after stroke - results of a pilot project 2001-2008. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2009;48(4):190-201.
30. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010.
31. Australian Council on Healthcare Standards. ACHS clinical indicator users' manual 2011. ULTIMO NSW: ACHS; 2011.
32. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009.
33. Cheng EM, Fung CH. Quality indicators for the care of stroke and atrial fibrillation in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55 Suppl 2:S431-7.
34. Grube MM, Dohle C, Djouchadar D, Rech P, Bienek K, Dietz-Fricke U, et al. Evidence-based quality indicators for stroke rehabilitation. *Stroke*. 2012;43(1):142-6.