

KNGF-richtlijnenmethodiek 2024

Ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen

Versie 4

Auteurs

Hilde Vreeken, MSc

Mitchell van Doormaal, MSc

Daniëlle Conijn, MSc

Tim van Kernebeek, PhD

Jasmijn van Blijswijk

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Amersfoort, augustus 2024

Deze publicatie is beschikbaar via kngf.nl/kennisplatform

Derde editie, 2022

| | |
|----------------------------|--|
| Hilde Vreeken, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Mitchell van Doormaal, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Daniëlle Conijn, MSc | Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |
| Guus Meerhoff, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Nynke Swart, PhD | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |

Tweede editie, 2019

| | |
|----------------------------|--|
| Femke Driehuis, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Guus Meerhoff, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Hilde Vreeken, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Nynke Swart, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Mitchell van Doormaal, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Marleen Post, MSc | Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |

Eerste editie, 2016

| | |
|---------------------|--|
| Guus Meerhoff, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Karin Heijblom, MSc | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Jesper Knoop, PhD | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |



De beroepsvereniging van fysiotherapeuten

KNGF-richtlijnenmethodiek 2024 is een uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Citeer deze richtlijnenmethodiek als volgt: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 4. Amersfoort: KNGF; 2024.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| 1 Inleiding | 5 |
| 1.1 Richtlijnen | 5 |
| 1.2 KNGF-richtlijnen | 5 |
| 1.3 Externe richtlijnen, handreikingen en overige evidence-based producten | 6 |
| 1.4 Ontwikkeling van KNGF-richtlijnen | 7 |
| 1.5 Over dit document | 8 |
| | |
| 2 Organisatiestructuur | 9 |
| 2.1 Bestuur KNGF | 11 |
| 2.2 Afdeling Strategie & Beleid KNGF | 11 |
| 2.3 Richtlijnadviseur(s) | 12 |
| 2.4 Implementatiedeskundige | 13 |
| 2.5 Inhoudsdeskundig wetenschapper | 14 |
| 2.6 Werkgroep | 15 |
| 2.7 Klankbordgroep | 16 |
| 2.8 Fysiotherapeuten | 18 |
| 2.9 Patiënten | 18 |
| 2.10 Externe partijen | 19 |
| 2.11 Overige KNGF-afdelingen | 19 |
| 2.12 Auteurschap | 20 |
| 2.13 Samenwerking KNGF en VvOCM | 20 |
| | |
| 3 KNGF-richtlijnenbeleid | 21 |
| 3.1 De actualiteit van richtlijnen bewaken en richtlijnen onderhouden | 21 |
| 3.2 Behoeftepeiling houden en de richtlijnagenda opstellen | 21 |
| 3.3 Bestuur adviseren over richtlijnprojecten in het KNGF-jaarplan | 22 |
| | |
| 4 KNGF-richtlijnproject: ontwikkeling en implementatie van een KNGF-richtlijn | 23 |
| 4.1 Aanloop | 23 |
| 4.2 Voorbereidingsfase | 23 |
| 4.2.1 De projectgroep formeren | 23 |
| 4.2.2 Een knelpuntenanalyse uitvoeren | 25 |
| 4.2.3 Het raamwerk van de richtlijn opstellen | 26 |
| 4.3 Ontwikkelfase | 27 |
| 4.3.1 Inleiding van de richtlijn schrijven | 28 |
| 4.3.2 Therapeutische uitgangsvragen uitwerken in richtlijnmodules | 28 |
| 4.3.3 Diagnostische uitgangsvragen uitwerken | 34 |
| 4.3.4 Prognostische uitgangsvragen uitwerken | 35 |

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.3.5 | Uitgangsvragen uitwerken op basis van kwalitatieve studies | 35 |
| 4.3.6 | Zorgorganisatorische en overige uitgangsvragen | 36 |
| 4.3.7 | Overige informatie beschrijven (per module) | 36 |
| 4.3.8 | Weergave van de modules en samenstellen conceptringlijn | 37 |
| 4.4 | Commentaarfase | 37 |
| 4.4.1 | De richtlijn ter commentaar voorleggen | 37 |
| 4.4.2 | Het commentaar verzamelen en verwerken | 37 |
| 4.5 | Autorisatiefase | 38 |
| 4.5.1 | De richtlijn aanbieden aan het KNGF-bestuur | 38 |
| 4.5.2 | De richtlijn aanbieden aan externe partijen | 38 |
| 4.6 | Disseminatie- en implementatiefase | 38 |
| 4.6.1 | De richtlijn bekendheid geven (disseminatie) | 38 |
| 4.6.2 | Het implementatieplan opstellen | 39 |
| 4.6.3 | Implementatieproducten en -activiteiten ontwikkelen | 40 |
| 4.6.4 | Producten ter ondersteuning van de kenniscyclus en de kwaliteitscyclus | 40 |
| 5 | Referenties | 41 |

1 Inleiding

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft een groot aantal producten waarin wetenschappelijke evidentie wordt omgezet naar praktisch hanteerbare en toepasbare producten, evidence-based producten genaamd. Deze producten zijn primair gericht op de fysiotherapeut. Voorbeelden van evidence-based producten betreffen [richtlijnen, handreikingen, evidence statements en standaarden voor beweeginterventies](#). Een richtlijn is het bekendste evidence-based product.

1.1 Richtlijnen

Een richtlijn is *'een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers'* (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021).

Richtlijnen worden beschouwd als hulpmiddel voor fysiotherapeuten of andere zorgprofessionals en patiënten bij het maken van keuzes met betrekking tot zorginhoud of de organisatie daarvan. Daarnaast kunnen fysiotherapeuten de richtlijnen ook gebruiken voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden en voor het opstellen van (multidisciplinaire) samenwerkingsafspraken. Tevens zijn KNGF-richtlijnen van grote waarde (gebleken) bij de opname van fysiotherapie in [externe richtlijnen](#).

Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften. Zorgprofessionals zoals fysiotherapeuten kunnen, en in sommige gevallen moeten, afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn, mits dit wordt gemotiveerd in het zorgdossier (Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012). Richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaard. Daarmee zijn ze verbonden aan het Kwaliteitsregister Fysiotherapie en de beroepsnorm, waardoor er ook een koppeling is met het tuchtrecht. Richtlijnen vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

1.2 KNGF-richtlijnen

Het KNGF heeft een twintigtal richtlijnen. Deze zijn primair gericht op de fysiotherapeut. KNGF-richtlijnen worden ontwikkeld aan de hand van de KNGF-richtlijnenmethodiek. Een overzicht van de KNGF-richtlijnen is weergegeven in de volgende tabel. Alle KNGF-richtlijnen zijn beschikbaar via kngf.nl/richtlijnen. Hier vindt u het actuele overzicht.

Overzicht van de KNGF-richtlijnen (kngf.nl/richtlijnen)

| Richtlijnen | Jaar* |
|---|-------|
| Artrose heup-knie | 2018 |
| Beroerte | 2014 |
| COPD | 2020 |
| Enkelletsel | 2006 |
| Fysiotherapeutische dossiervoering | 2020 |
| Hartrevalidatie bij coronairlijden en chronisch hartfalen | 2024 |
| Klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS) | 2010 |
| Kwetsbare ouderen | 2024 |
| Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom | 2021 |
| Meniscectomie | 2006 |
| Nekpijn | 2016 |
| Oncologie | 2022 |
| Osteoporose | 2011 |
| Parkinson | 2023 |
| Reumatoïde artritis | 2018 |
| Stress (urine-)incontinentie | 2011 |
| Symptomatisch perifere arterieel vaatlijden | 2014 |
| Zelfmanagement | 2022 |
| Zorg op afstand | 2023 |
| Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn | 2010 |

* Overzicht 2024, zie kngf.nl/richtlijnen voor de meest actuele publicaties.

1.3 Externe richtlijnen, handreikingen en overige evidence-based producten

Externe richtlijnen

Naast het ontwikkelen van KNGF-richtlijnen participeert het KNGF ook actief in de ontwikkeling van externe richtlijnen. Een externe richtlijn is een richtlijn die op initiatief van een andere partij, zoals een andere beroepsvereniging of patiëntenvereniging, wordt ontwikkeld of herzien. Het KNGF wordt regelmatig uitgenodigd om deel te nemen aan de ontwikkeling of herziening van externe richtlijnen. Door het KNGF geautoriseerde externe richtlijnen vindt u op kngf.nl/kennisplatform. De [KNGF-Leidraad Externe Richtlijnen](#) (KNGF 2020) informeert over de wijze waarop de betrokkenheid van het KNGF in de ontwikkeling en implementatie van externe richtlijnen wordt vormgegeven.

Handreiking

Een handreiking geeft een beschrijving van en/of aanbevelingen voor de inhoud en/of organisatie van zorg met betrekking tot een specifiek onderwerp, zoals een aandoening of doelgroep. Een handreiking verschilt van een richtlijn doordat deze versneld en/of met een meer beknopte methodiek opgesteld wordt. Een handreiking wordt enkel ontwikkeld indien de ontwikkeling van een richtlijn niet mogelijk of wenselijk is, doordat 1) er sprake is van een acute situatie met diverse knelpunten, 2) het een specifieke doelgroep betreft die voor de fysiotherapie zeer beperkt in omvang is of 3) een vraagstuk zich enkel richt op de organisatie van zorg.

Overige evidence-based producten

Andere evidence-based producten waarin wetenschappelijke evidentie wordt vertaald naar praktische handvatten, zoals evidence statements, standaardbeweeginterventies, leidraden, zorgstandaarden en/of behandelprotocollen, worden niet meer ontwikkeld door het KNGF. Externe richtlijnen, handreikingen en andere evidence-based producten zijn beschikbaar via kngf.nl/kennisplatform.

1.4 Ontwikkeling van KNGF-richtlijnen

De methode waarmee het KNGF zijn richtlijnen ontwikkelt en implementeert, is gebaseerd op het [AGREE II-instrument](#) ('AGREE Next Steps Consortium' 2009), de [GRADE-methodiek](#) en de [AQUA-Leidraad](#) (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021).

Doel van de methode van het KNGF

De methode waarmee het KNGF zijn KNGF-richtlijnen ontwikkelt en implementeert, heeft tot doel te komen tot:

Praktijkgerichte en toepasbare richtlijnen

Het werkveld van fysiotherapeuten wordt nadrukkelijk betrokken bij KNGF-richtlijnen. De richtlijnen bieden eenduidige informatie en worden opgezet binnen een toegankelijk en praktijkgericht digitaal richtlijnenformat. Tevens is aan iedere richtlijn een intensief implementatieprogramma gekoppeld, dat gelijktijdig met de publicatie van de richtlijn van start gaat.

Kwalitatief hoogstaande richtlijnen

KNGF-richtlijnen worden ontwikkeld volgens de (inter)nationale standaarden ten aanzien van de methodologie en transparantie van richtlijnontwikkeling: AGREE II (AGREE Next Steps Consortium 2009), GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) en de AQUA-Leidraad (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021).

Efficiënt proces en uniforme (ontwikkeling van) richtlijnen

De KNGF-richtlijnenmethodiek is de gestandaardiseerde handleiding voor de ontwikkeling van KNGF-richtlijnen in heldere taal. Ervaren richtlijnadviseurs van het KNGF vervullen de rol van procesbegeleider en richtlijnmethodoloog.

Informatie over de richtlijnmethode van het KNGF

De methode waarmee het KNGF zijn richtlijnen ontwikkelt, implementeert en beheert vindt u in dit document. Daarnaast is de belangrijkste informatie over de ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen te zien in vijf korte video's:

- Video 1. Algemene uitleg over richtlijnen
- Video 2: Voorbereiding
- Video 3: Ontwikkeling
- Video 4: Commentaar en autorisatie
- Video 5: Disseminatie en implementatie

In deze video's wordt het belang van richtlijnen toegelicht en wordt inzicht gegeven in de vraag hoe en met wie ze worden ontwikkeld en hoe we fysiotherapeuten ondersteunen bij het toepassen ervan in de praktijk. De video's vindt u op de website van het KNGF, kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen.

Modulaire opbouw van KNGF-richtlijnen

KNGF-richtlijnen kennen een modulaire opbouw, waarbij de richtlijn is opgebouwd uit een inleiding en verschillende richtlijnmodules. Een module is de kleinste eenheid waaruit een richtlijn bestaat, kan op zichzelfstaand gelezen worden en bevat alle elementen die voor een richtlijn van belang worden geacht (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021).

Elke module beschrijft de achtergrond of aanleiding van het onderwerp (knelpunt), de uitgangsvraag, de totale uitwerking van een uitgangsvraag (inclusief – indien van toepassing – het systematisch literatuuronderzoek en het proces van bewijs naar aanbeveling), een of meer aanbevelingen en eventuele overige informatie.

Richtlijnen kennen zorginhoudelijke en zorgorganisatorische modules. Zorginhoudelijke modules hebben veelal betrekking op diagnostiek of behandeling. Een zorgorganisatorische module beschrijft welke organisatie benodigd is om goede kwaliteit van zorg, zoals beschreven in de zorginhoudelijke modules, te kunnen bieden.

De modulaire opbouw schept de mogelijkheid om in de toekomst een richtlijn modulair (dus op één of meer specifieke onderdelen) te herzien, wat zorgt voor een meer doelmatige actualisatie van de KNGF-richtlijnen.

1.5 Over dit document

Deze KNGF-richtlijnenmethodiek geeft een beschrijving van het richtlijnenbeleid en de methode voor ontwikkeling en implementatie. De KNGF-richtlijnenmethodiek is uitsluitend van toepassing op KNGF-richtlijnen. De overige evidence-based producten van het KNGF (bijv. externe richtlijnen, handreikingen en overige evidence-based producten) vallen buiten de scope van dit document. Deze producten hebben een andere functie en komen op een andere manier tot stand.

Doel van dit document

Met dit document beoogt het KNGF zijn leden, stakeholders en andere geïnteresseerden transparantie te bieden ten aanzien van zijn beleid en de ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen. De KNGF-richtlijnenmethodiek beschrijft de organisatiestructuur, inclusief een taakomschrijving van alle betrokken partijen, het beleid omtrent KNGF-richtlijnen en de ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen aan de hand van een stappenplan.

Ontwikkeling en doorontwikkeling van dit document

In 2016 is de eerste versie van de KNGF-richtlijnenmethodiek van kracht geworden (KNGF 2016). Deze verving de 'Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF-richtlijnen' (Hendriks 1996; Van der Wees 2007). Jaarlijks beoordeelt het KNGF of een update van de KNGF-richtlijnenmethodiek noodzakelijk is op basis van: 1) de ervaring die is opgedaan met de toepassing van de vigerende methodiek, en 2) aanpassingen in eisen en criteria zoals beschreven in de (inter)nationale standaarden voor richtlijnontwikkeling die aan de methodiek ten grondslag liggen, zoals het AGREE II-instrument, GRADE (Grading of Recommendations assessment, Development and Evaluation) en de AQUA-Leidraad (AGREE Next Steps Consortium 2009 en Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021). De KNGF-richtlijnenmethodiek is daarmee een document dat met enige regelmaat herzien wordt.

2 Organisatiestructuur

| Partij | Rol | |
|--------|-----------------------------------|--|
| 1 | Bestuur KNGF | <ul style="list-style-type: none"> Is opdrachtgever en autoriseert namens de beroepsgroep. |
| 2 | KNGF, afdeling Strategie & Beleid | <ul style="list-style-type: none"> Is opdrachtnemer. |
| 3 | Richtlijnadviseur(s) | <ul style="list-style-type: none"> Is procesbegeleider en richtlijnmethodoloog. Adviseert/ondersteunt de werkgroep bij het opstellen en uitwerken van uitgangsvragen. Werkt de systematische literatuuronderzoeken uit. Ondersteunt de werkgroep bij het opstellen van de conceptteksten. Ondersteunt de werkgroep en klankbordgroep bij het verwerken van de commentaren op de conceptringlijn. Begeleidt de werkgroep en de klankbordgroep. Ondersteunt bij de disseminatie en implementatie van de richtlijn. Ontwikkelt samen met de implementatiedeskundige een implementatieplan en ondersteunt bij de ontwikkeling van implementatieproducten. |
| 4 | Implementatiedeskundige | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelt samen met de richtlijnadviseur het implementatieplan. Draagt zorg voor de implementatie en uitvoering van het implementatieplan. Draagt zorg voor de ontwikkeling van implementatieproducten. |





| Partij | | Rol |
|--------|---|---|
| 5 | Inhoudsdeskundig wetenschapper | <ul style="list-style-type: none"> Ondersteunt de richtlijnadviseur bij de knelpunten-inventarisatie en -analyse. Ontwikkelt uitgangsvragen en werkt deze uit. Werkt de systematische literatuuronderzoeken uit. |
| 6 | Werkgroep | <ul style="list-style-type: none"> Analyseert en prioriteert de geïnterpreteerde knelpunten. Stelt het raamwerk voor de richtlijn op, waaronder de afbakening van het onderwerp en de formulering van de uitgangsvragen. Ondersteunt de richtlijnadviseur bij het literatuuronderzoek, bijvoorbeeld bij het opstellen van de reviewvraag en de zoekopdracht en het selecteren van literatuur. Brengt per uitgangsvraag de overwegingen in kaart, weegt de gewenste en ongewenste effecten in het evidence to decision-proces en stelt aanbevelingen op. Stelt de conceptringlijn op. Verwerkt de commentaren in de conceptringlijn tot de definitieve richtlijn en stelt deze vast. |
| 7 | Klankbordgroep | <ul style="list-style-type: none"> Adviseert de werkgroep in alle fasen van het proces. |
| 8 | Fysiotherapeuten | <ul style="list-style-type: none"> Hebben inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep. Werken mee aan de ontwikkeling van de richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> via een vertegenwoordiging in de werkgroep en/of de klankbordgroep en/of door commentaar te leveren op de conceptringlijn. Werken mee aan de implementatie van de richtlijn. |
| 9 | Patiënten | <ul style="list-style-type: none"> Hebben inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep en/of de 'invitational conference'. Werken mee aan de ontwikkeling van de richtlijn via een vertegenwoordiging in de werkgroep en/of klankbordgroep. Nemen deel aan de commentaarfase. Autoriseren de richtlijn via het bestuur van de betrokken patiëntenvereniging of via de Nederlandse Patiëntenfederatie (NPF). Werken mee aan de implementatie van de richtlijn. |
| 10 | Externe partijen (andere beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, overige stakeholders)* | <ul style="list-style-type: none"> Hebben een inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via de invitational conference of een focusgroep. Nemen deel aan de werkgroep en/of klankbordgroep en/of de commentaarronde. Autoriseren de richtlijn door het bestuur van de desbetreffende partij. Werken (indien relevant) mee aan de implementatie van de richtlijn. |
| 11 | KNGF, overige afdelingen | <ul style="list-style-type: none"> Bieden ondersteuning bij: <ul style="list-style-type: none"> redactie van de richtlijn; communicatie, publicatie, disseminatie en implementatie van de richtlijn; ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de richtlijn(implementatie)producten. |





| Partij | | Rol |
|--------|--------------------------|---|
| 11 | KNGF, overige afdelingen | <ul style="list-style-type: none"> • Beantwoorden en archiveren vragen van leden over de richtlijn. • Koppelen inhoudelijke vragen van leden over de richtlijn terug aan de richtlijnadviseur(s). |
| 12 | Auteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Genieten het auteurschap. |
| 13 | VvOCM | <ul style="list-style-type: none"> • Organisatie waarmee het KNGF regelmatig richtlijnen ontwikkelt. |

* Externe partijen zijn betrokken beroepsgroepen buiten de fysiotherapie.

2.1 Bestuur KNGF

Het bestuur van het KNGF is opdrachtgever voor de ontwikkeling, herziening^a en implementatie van KNGF-richtlijnen. Hiertoe neemt het, op basis van het KNGF-meerjarenplan en de KNGF-richtlijnagenda, jaarlijks (een) specifieke opdracht(en) ten aanzien van het richtlijnenbeleid op in het KNGF-jaarplan. Voor de formulering van de bedoelde opdracht wordt het bestuur geadviseerd door de richtlijnadviseur(s).

De specifieke taken van het bestuur van het KNGF zijn:

- formuleren en vaststellen van de opdracht voor de ontwikkeling/herziening en implementatie van KNGF-richtlijnen op basis van de KNGF-richtlijnagenda en opname van deze opdracht in het KNGF-jaarplan ter goedkeuring in de algemene ledenvergadering (ALV);
- scheppen van voorwaarden voor de uitvoering van de geformuleerde opdracht in de zin van financiële middelen en menskracht;
- benoemen van leden die namens het KNGF zitting nemen in de werkgroep en de klankbordgroep;
- op proces bewaken van de voortgang van de geformuleerde opdracht(en);
- autoriseren van de definitieve richtlijn als deze 1) voldoet aan de methodologische criteria (KNGF-richtlijnenmethodiek) en 2) niet conflicteert met bestaande standpunten van de beroepsvereniging.

KNGF-bestuursleden zijn niet betrokken bij de inhoudelijke ontwikkeling van de richtlijnen.

2.2 Afdeling Strategie & Beleid KNGF

De afdeling Strategie & Beleid van het KNGF neemt de opdracht van het bestuur aan en is verantwoordelijk voor de uitvoering van deze opdracht.

^a Een bestaande KNGF-richtlijn of richtlijnmodule kan herzien worden. Een herziening betreft een update van een bestaande richtlijn op basis van recente literatuur en inzichten. Er kan ook een nieuwe KNGF-richtlijn ontwikkeld worden over een nieuw onderwerp/nieuwe aandoening.

2.3 Richtlijnadviseur(s)

De richtlijnadviseurs adviseren het bestuur ten aanzien van het richtlijnenbeleid, waaronder advies over de ontwikkeling en herziening van richtlijnen over bepaalde onderwerpen. Tevens zijn richtlijnadviseurs verantwoordelijk voor de uitvoering van de opdracht van het bestuur.

De richtlijnadviseur beschikt in ieder geval over kennis en ervaring met betrekking tot procesbegeleiding (ten aanzien van knelpunten inventariseren, knelpunten vertalen naar uitgangsvragen, tot besluiten komen vanuit het gevonden bewijs (evidence to decision) en aanbevelingen formuleren), maar ook met betrekking tot systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, beoordelen en samenvatten van de literatuur). Daarnaast beschikt de richtlijnadviseur over basale kennis van implementatie (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021).

Een richtlijnadviseur die niet over voldoende kennis en ervaring ten aanzien van bovenstaande beschikt, wordt begeleid door een ervaren richtlijnadviseur van het KNGF.

Richtlijnadviseurs van het KNGF vervullen zowel de rol van projectleider en procesbegeleider als de rol van richtlijnmethodoloog. Deze rollen worden hierna toegelicht.

De richtlijnadviseur in de rol van projectleider en procesbegeleider

De richtlijnadviseur is verantwoordelijk voor de planning en de financiën, en voor de verdere organisatie en coördinatie van het richtlijnproces, en wordt geacht een specifieke richtlijn en de aanvullende producten en bijlagen binnen het gestelde budget en de gestelde periode op te leveren.

De specifieke taken van de richtlijnadviseur als projectleider en procesbegeleider betreffen:

- aantrekken van een inhoudsdeskundig wetenschapper en contracteren van het kennisinstituut waar deze inhoudsdeskundige werkzaam is;
- samenstellen van de werkgroep en de klankbordgroep, waaronder het uitnodigen van partnerorganisaties;
- aantrekken van een onafhankelijk voorzitter;
- organiseren van de knelpuntinventarisatie;
- organiseren van de bijeenkomsten van de werkgroep en de klankbordgroep;
- fungeren als aanspreekpunt voor leden van de werkgroep en de klankbordgroep;
- bewaken van het proces tijdens de bijeenkomsten van de werkgroep en de klankbordgroep;
- indien nodig, bijstellen van het richtlijnproces en/of bijsturen van de werkgroep en/of klankbordgroep ten behoeve van kwaliteitsbehoud;
- organiseren van de commentaarronde;
- informeren van het bestuur over de voortgang van de richtlijn;
- ter autorisatie voorleggen van de richtlijn aan het bestuur van het KNGF en de overige betrokken partijen;
- zorg dragen voor publicatie van de richtlijn;
- ondersteunen bij de disseminatie en implementatie van de richtlijn.

De richtlijnadviseur in de rol van richtlijnmethodoloog

Als richtlijnmethodoloog adviseert de richtlijnadviseur het bestuur over het richtlijnenbeleid, is hij/zij verantwoordelijk voor het methodologisch proces van een specifieke richtlijn en adviseert hij/zij de werkgroep over de interpretatie van de gevonden literatuur.

De specifieke taken van de richtlijnadviseur als richtlijnmethodoloog betreffen:

- doorlopend inventariseren en verzamelen van feedback uit het veld en invulling geven aan de KNGF-richtlijnagenda;
- indien nodig, formuleren van een aanbeveling aan het bestuur over opname van een bepaalde richtlijn ter herziening of ontwikkeling in het KNGF-jaarplan;
- informeren van de werkgroep- en klankbordgroepleden over de methodologie van richtlijnontwikkeling;
- uitvoeren van de verschillende methodologische stappen in het richtlijnontwikkelproces (zoals het analyseren van knelpunten, het interpreteren van de literatuur, het in kaart brengen van alle overwegingen, het zorgvuldig wegen van de voor- en nadelen, het concreet en actief formuleren van de aanbeveling die de uitgangsvraag beantwoordt) en zorg dragen voor de kwaliteit ervan;
- inventariseren en analyseren van knelpunten;
- adviseren van de werkgroep over het vertalen van knelpunt naar uitgangsvraag, en van uitgangsvraag naar reviewvraag;
- raadplegen van experts, zoals een informatiespecialist (zoekstrategie), ervaren reviewer (systematisch literatuuronderzoek) of gezondheidseconoom (kosteneffectiviteitsanalyses), indien nodig;
- uitvoeren van systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, samenvatten en beoordelen van de literatuur) in samenwerking met de inhoudsdeskundig wetenschapper;
- adviseren van de werkgroep bij de interpretatie van resultaten uit literatuuronderzoek;
- adviseren en ondersteunen van de werkgroep bij het beschrijven van overwegingen en zorg dragen voor een heldere uiteenzetting;
- begeleiden van de werkgroep bij het afwegen van de gewenste en ongewenste effecten en het formuleren van aanbevelingen in het proces van bewijs naar aanbeveling (evidence to decision);
- verzamelen van commentaren uit de commentaarfase;
- begeleiden van de werkgroep bij het interpreteren en verwerken van de commentaren;
- ondersteunen bij de ontwikkeling van indicatoren bij de richtlijn (indien van toepassing).

2.4 Implementatiedeskundige

De implementatiedeskundige is verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan. De ontwikkeling van deze implementatieproducten en de uitvoering van de implementatieactiviteiten worden niet noodzakelijkerwijs door de implementatiedeskundige zelf gedaan, maar kunnen elders binnen het KNGF neergelegd worden. De implementatiedeskundige behoudt wel het toezicht. De implementatiedeskundige werkt nauw samen met de richtlijnadviseur.

Specifieke taken van de implementatiedeskundige betreffen:

- gedurende de richtlijnontwikkeling op de hoogte blijven van het proces en signaleren of zich in de nieuwe richtlijn belangrijke wijzigingen voordoen ten opzichte van de huidige praktijk en bestaande richtlijn(en);
- samen met de richtlijnadviseur opstellen van de kernaanbevelingen die centraal zullen staan in de implementatiestrategie;
- in kaart brengen van belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van de implementatie van de richtlijn;
- opstellen van implementatiedoelstellingen en opstellen van een strategie die bij deze doelstellingen past;
- opstellen van een implementatieplan;
- coördineren van alle implementatieactiviteiten;
- ontwikkelen van implementatieproducten;
- monitoren van de implementatiedoelstellingen en indien nodig aanpassen van het implementatieplan.

2.5 Inhoudsdeskundig wetenschapper

Per richtlijn wordt minimaal één wetenschapper aangetrokken die deskundig is op het gebied van het desbetreffende onderwerp én werkzaam is bij een kennisinstituut. Het KNGF gaat vervolgens een overeenkomst aan met dit kennisinstituut.

De inhoudsdeskundig wetenschapper is een wetenschappelijk onderzoeker (bij voorkeur een hoogleraar of lector) op het onderwerp van de richtlijn. Deze wetenschapper is – samen met de betrokken richtlijnadviseur – verantwoordelijk voor het ontwikkelproces van een specifieke richtlijn, waaronder de systematische literatuuronderzoeken, de begeleiding van de bijeenkomsten van de werkgroep en de klankbordgroep en uiteindelijk de oplevering van de richtlijn.

Indien mogelijk wordt gebruikgemaakt van ondersteunende faciliteiten van het kennisinstituut, zoals expertise op het gebied van literatuuronderzoek en licenties voor wetenschappelijke tijdschriften.

Na oplevering van de richtlijn informeert de inhoudsdeskundig wetenschapper het KNGF indien er wetenschappelijke ontwikkelingen zijn die invloed kunnen hebben op de inhoud van de richtlijn.

De specifieke taken van de inhoudsdeskundig wetenschapper betreffen:

- meewerken aan de knelpuntinventarisatie en -analyse;
- voorbereiden en bijwonen van de werkgroep- en klankbordgroepbijeenkomsten;
- uitvoeren van het systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, samenvatten en wegen van de literatuur) in samenwerking met de richtlijnadviseur;
- ondersteunen van de werkgroep bij de uitwerking van de uitgangsvragen, daaraan meeschrijven en er eindverantwoordelijkheid voor dragen;
- ondersteunen bij de ontwikkeling van de indicatoren bij de richtlijn (indien van toepassing);
- ondersteunen bij de implementatie van de richtlijn;



- └ monitoren van de wetenschappelijke literatuur na publicatie van de richtlijn (gedurende de onderhoudsfase van vijf jaar) en adviseren van de richtlijnadviseurs over de mogelijke noodzaak tot modulaire of volledige herziening van de richtlijn.

2.6 Werkgroep

Voor elk richtlijnproject wordt een werkgroep samengesteld. Een werkgroep bestaat bij voorkeur uit acht tot twaalf personen en heeft een besluitvormende rol. Betreft het een richtlijnherziening, dan worden de auteurs en/of leden van de werkgroep van de bestaande richtlijn over die herziening geïnformeerd.

In de werkgroep zijn de primair bij het richtlijnonderwerp betrokken partijen vertegenwoordigd, namelijk:

Vanuit het KNGF:

- └ ten minste twee fysiotherapeuten met relevante praktijkervaring met het onderwerp van de richtlijn;
- └ de primair betrokken fysiotherapeutische beroepsinhoudelijke vereniging(en).

Vanuit externe partijen:

- └ primair betrokken andere beroepsgroep(en);
- └ de relevante patiëntenvereniging.

Leden van de werkgroep vertegenwoordigen het perspectief van hun eigen beroepsvereniging/ organisatie, zodat de uiteindelijke richtlijn gedragen en geaccepteerd wordt door alle relevante primair betrokken partijen.

Werkgroepleden dragen constructief bij aan het doel en de inhoud van de richtlijn in werkgroepbijeenkomsten en daarbuiten. Daarnaast voeren zij – samen met de richtlijnadviseur – bepaalde deeltaken uit, zoals het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag.

De specifieke taken van een werkgroeplid betreffen:

- └ bijdragen aan de knelpuntenanalyse;
- └ voorbereiden van en actief participeren in werkgroepbijeenkomsten;
- └ kritisch meedenken over het opstellen van uitgangsvragen;
- └ kritisch meedenken over de zoekstrategie;
- └ selecteren van literatuur;
- └ uitvoeren van een of meer deeltaken (zoals het kritisch meedenken bij het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag);
- └ meewerken aan en becommentariëren van conceptteksten van de richtlijn;
- └ zorg dragen voor continue terugkoppeling van stappen en besluiten van de werkgroep naar zijn organisatie/achterban.

De werkgroep komt regelmatig bijeen. Het aantal bijeenkomsten is afhankelijk van de opzet van het project en de omvang van de richtlijn. Veelal worden bijeenkomsten georganiseerd in de voorbereidingsfase, ontwikkelfase en commentaarfase. De bijeenkomsten worden, indien nodig, aangevuld met schriftelijke input- of commentaarrondes en subgroepmeetings.

De volgende onderwerpen komen tijdens het richtlijnproces in ieder geval aan de orde:

- de rol- en taakverdeling;
- de richtlijnenmethodiek (i.c. een beknopte training);
- de tijdlijn van het richtlijnproject;
- de resultaten van de knelpuntenanalyse;
- het raamwerk met de afbakening en uitgangsvragen van de richtlijn;
- de verschillende uitgangsvragen, met per uitgangsvraag:
 - een of meer reviewvragen, de zoekstrategie en selectie van de literatuur;
 - samenvatting en weging van de literatuur
 - bespreking van overige overwegingen
 - weging van gewenste en ongewenste effecten in het evidence to decision-proces;
 - de conceptbeantwoording van uitgangsvragen en de conceptaanbevelingen;
- de conceptrichtlijn met bijbehorende bijlagen.

Vergoeding en accreditatie

Zorgprofessionals en patiënten in de werkgroep krijgen de reguliere KNGF-reiskosten- en vacatievergoeding. Fysiotherapeuten kunnen voor hun actieve bijdrage aan de ontwikkeling van een KNGF-richtlijn tevens accreditatiepunten aanvragen. Andere zorgprofessionals kunnen eventueel bij hun eigen vereniging accreditatiepunten aanvragen voor hun bijdrage aan de KNGF-richtlijn.

Voorwaarden en naamsvermelding

Alle leden van de werkgroep zijn op de hoogte van de gedragscode belangenverstremgeling en vullen voorafgaand aan de eerste bijeenkomst en na afloop van het richtlijnproject een belangenverklaring in. Een overzicht van de belangen wordt als bijlage bij de richtlijn gepubliceerd. De originele belangenverklaringen worden op verzoek beschikbaar gesteld.

Afgevaardigden van een beroepsvereniging of andere organisatie overleggen tevens een ingevuld mandaatformulier.

De leden van de werkgroep worden in de richtlijn vermeld met naam en functie, en de organisatie die zij vertegenwoordigen.

2.7 Klankbordgroep

De klankbordgroep heeft een adviserende rol en bestaat bij voorkeur uit 8 tot 12 personen. In de klankbordgroep zijn de secundair betrokken partijen vertegenwoordigd, namelijk:

Vanuit het KNGF:

- ten minste twee fysiotherapeuten met relevante praktijkervaring op het gebied van een aanpalend onderwerp of op het gebied van een aanpalende aandoening;
- de aanpalende fysiotherapeutische beroepsinhoudelijke vereniging(en).

Vanuit externe partijen:

- aanpalende beroepsgroep(en);
- eventueel overige stakeholders, zoals zorgverzekeraars of overheidsinstanties;
- eventueel een patiëntenvereniging anders dan de vereniging die in de werkgroep vertegenwoordigd is.

Leden van de klankbordgroep vertegenwoordigen het perspectief van hun eigen beroepsvereniging/organisatie met het doel dat de uiteindelijke richtlijn gedragen en geaccepteerd wordt door alle relevante secundair betrokken partijen.

De specifieke taken van de klankbordgroepleden betreffen:

- kritisch meelesen en becommentariëren van de conceptdocumenten, waaronder het raamwerk, de conceptmodules en de aanpassingen in de commentaarfase;
- zorg dragen voor de terugkoppeling van de stappen en besluiten die genomen zijn door de werkgroep en de klankbordgroep, naar de eigen organisatie.

Vergoeding

Zorgprofessionals en patiënten in de klankbordgroep ontvangen de reguliere KNGF-reis- en vacatievergoeding. Fysiotherapeuten kunnen voor hun actieve bijdrage aan de ontwikkeling van een KNGF-richtlijn tevens accreditatiepunten aanvragen. Andere zorgprofessionals kunnen eventueel bij hun eigen vereniging accreditatiepunten aanvragen voor hun bijdrage aan de KNGF-richtlijn.

Voorwaarden en naamsvermelding

Alle leden van de klankbordgroep zijn op de hoogte van de gedragscode belangenverstrengeling en vullen voorafgaand aan de eerste bijeenkomst en na afloop van het richtlijnproject een belangenverklaring in. Een overzicht van de belangen wordt als bijlage bij de richtlijn gepubliceerd. De originele belangenverklaringen worden op verzoek beschikbaar gesteld.

Afgevaardigden van een beroepsvereniging of andere organisatie overleggen tevens een ingevuld mandaatformulier.

Klankbordgroepleden worden in de richtlijn vermeld met naam en functie, en de organisatie die zij vertegenwoordigen.

2.8 Fysiotherapeuten

Fysiotherapeuten worden nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van een KNGF-richtlijn.

De specifieke betrokkenheid van fysiotherapeut betreft:

In de voorbereidingsfase:

- signaleren en benoemen van knelpunten, bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep.

In de ontwikkelfase:

- deelnemen aan de werkgroep en/of de klankbordgroep.

In de commentaarfase:

- commentaar leveren ten aanzien van de inhoud, toepasbaarheid en leesbaarheid van de conceptrichtlijn;
- signaleren van knelpunten in de toepassing van bestaande richtlijnen in de dagelijkse praktijk (de implementatie);
- signaleren en prioriteren van onderwerpen voor nieuwe richtlijnen waaraan onder fysiotherapeuten behoefte bestaat.

In de implementatiefase:

- signaleren van belemmerende en bevorderende factoren;
- leveren van inbreng in de ontwikkeling van implementatieproducten;
- testen van implementatieproducten.

Na publicatie van de richtlijn:

- bewaken van de toepasbaarheid en toegankelijkheid van de richtlijn, ook ná publicatie;
- doorlopend feedback leveren aan het KNGF ten aanzien van de inhoud en/of implementatie van de richtlijn.

Feedback van de fysiotherapeuten wordt gearhiveerd en ingebracht bij de eerstvolgende herziening van de richtlijn. Indien hier een zwaarwegende aanleiding voor is, kan het KNGF besluiten om (een of meer modules van) de richtlijn voortijds te herzien.

2.9 Patiënten

Patiënten en/of patiëntenvertegenwoordigers worden actief bij de richtlijn betrokken in hun rol als ervaringsdeskundigen. Patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling is zeer waardevol.

De specifieke betrokkenheid van patiënten of hun vertegenwoordigers betreft:

- inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep, een enquête en/of de 'invitational conference';
- inbreng in de ontwikkeling van de richtlijn via een afvaardiging in de werkgroep en/of klankbordgroep;
- inbreng in de commentaarfase via deelname aan de commentaarronde;
- autoriseren van de richtlijn door de desbetreffende patiëntenvereniging of Patiëntenfederatie Nederland.

2.10 Externe partijen

Externe partijen vertegenwoordigen hun achterban – met mandaat – in het ontwikkeltraject van de richtlijn.

De specifieke betrokkenheid van externe partijen betreft:

- inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via deelname aan de invitational conference;
- deelname aan de werkgroep ingeval het een primair betrokken partij betreft;
- deelname aan de klankbordgroep ingeval het een secundair betrokken partij betreft;
- inbreng in de commentaarfase;
- autoriseren of afgeven van een 'verklaring van geen bezwaar' en/of de richtlijn mede indienen bij Zorginstituut Nederland voor opname in het register (indien van toepassing).

2.11 Overige KNGF-afdelingen

Behalve de afdeling Strategie & Beleid hebben andere KNGF-afdelingen een rol in de ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de KNGF-richtlijn en de bijbehorende richtlijn(implementatie) producten.

De afdeling Strategie & Beleid onderhoudt bij de ontwikkeling van richtlijnen en de (implementatie)producten en bij de online ontsluiting daarvan, een nauwe samenwerking met de afdeling Marketing & Communicatie (M&C). In de implementatiefase wordt ook de afdeling Belangenbehartiging bij de richtlijn betrokken.

De Front Office van het KNGF, onderdeel van de afdeling M&C, is verantwoordelijk voor de archivering van vragen en opmerkingen ten aanzien van de KNGF-richtlijnen. Deze afdeling doet voor de beantwoording van inhoudelijke vragen van leden een beroep op de richtlijnadviseur(s).

2.12 Auteurschap

Het auteurschap ligt bij de richtlijnadviseur(s) en de (externe) inhoudsdeskundig wetenschapper van de desbetreffende richtlijn. Zij worden met hun affiliatie in de richtlijn vermeld. Het KNGF is en blijft te allen tijde eigenaar van de KNGF-richtlijn.

Na publicatie van de richtlijn mogen de richtlijnadviseur(s) en inhoudsdeskundig wetenschapper gezamenlijk over de richtlijn publiceren in een (internationaal) wetenschappelijk tijdschrift. De richtlijnadviseur(s) en inhoudsdeskundig wetenschapper publiceren in gezamenlijkheid, waarbij altijd afstemming plaatsvindt tussen het KNGF en het kennisinstituut waar de inhoudsdeskundig wetenschapper werkzaam is, en waarbij tussen beide partijen duidelijke afspraken worden gemaakt over het auteurschap.

2.13 Samenwerking KNGF en VvOCM

Sinds 2018 werkt het KNGF nauw samen met de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) op het gebied van richtlijnontwikkeling. Per onderwerp wordt besloten de richtlijn wel of niet gezamenlijk te ontwikkelen.

Bij een gezamenlijke ontwikkeling:

- wordt de KNGF-richtlijn geschreven voor fysiotherapeuten én voor oefentherapeuten Cesar/Mensendieck (C/M);
- zijn oefentherapeuten C/M, net als fysiotherapeuten, primaire gebruikers van de richtlijn en worden ze ook zo genoemd in de inleiding van de richtlijn;
- neemt er aanvullend een richtlijnadviseur vanuit de VvOCM aan de projectgroep deel;
- neemt ten minste één oefentherapeut met relevante praktijkervaring met het onderwerp van de richtlijn deel aan de werkgroep;
- neemt ten minste één oefentherapeut met relevante praktijkervaring met het onderwerp van de richtlijn deel aan de klankbordgroep;
- legt de richtlijnadviseur de conceptrichtlijn in de commentaarfase voor aan fysiotherapeuten én oefentherapeuten C/M;
- is zowel het bestuur van de VvOCM als het bestuur van het KNGF primaire autoriserende partij.

3 KNGF-richtlijnenbeleid

Het KNGF-richtlijnenbeleid betreft: richtlijnonderhoud, de behoeftepeiling en de richtlijnagenda en het formuleren van een advies aan het bestuur.

3.1 De actualiteit van richtlijnen bewaken en richtlijnen onderhouden

De KNGF-richtlijnen en richtlijnmodules worden elke vijf jaar beoordeeld. Hiertoe raadplegen richtlijnadviseurs inhoudelijk experts, zoals (een) inhoudsdeskundig wetenschapper(s) en ervaren fysiotherapeuten. Deze beoordeling geeft nieuwe informatie en input aan de richtlijnagenda. Naar aanleiding van deze beoordeling wordt bepaald of modulaire herziening (herziening van bepaalde modules) of herziening van de gehele richtlijn (volledige herziening) nodig is en, op basis van urgentie voor herziening, wordt deze herziening hoog of laag op de richtlijnagenda geplaatst.

De richtlijnagenda op haar beurt geeft input en onderbouwing voor het aanvragen van onder meer externe subsidies. Belangrijke ontwikkelingen kunnen aanleiding zijn tot voortijdige herziening.

3.2 Behoeftepeiling houden en de richtlijnagenda opstellen

Richtlijnadviseurs onderzoeken de behoefte aan modulaire of volledige herziening van bepaalde KNGF-richtlijnen of de ontwikkeling van KNGF-richtlijnen over nieuwe onderwerpen. Dit doen zij door via een ledenpeiling de knelpunten te inventariseren die zich in de praktijk voordoen bij toepassing van bestaande KNGF-richtlijnen.

Daarnaast worden zij door inhoudsdeskundig wetenschappers van bestaande richtlijnen geïnformeerd over publicaties die mogelijk aanleiding kunnen geven voor een modulaire of volledige richtlijnherziening. Ten slotte monitoren richtlijnadviseurs welke relevante externe richtlijnen in ontwikkeling zijn en welke andere beleidsontwikkelingen plaatsvinden die herziening van een bestaande richtlijn, dan wel de ontwikkeling van een geheel nieuwe richtlijn, noodzakelijk maken.

Op basis van de ledenpeiling analyseren richtlijnadviseurs of een richtlijn het meest geschikte middel is om aan het gesignaleerde knelpunt tegemoet te komen of dat misschien een ander middel hiervoor beter is.

Richtlijnadviseurs beoordelen de knelpunten op de volgende criteria voor de ontwikkeling of herziening van een KNGF-richtlijn:

- de behoefte van fysiotherapeuten (het werkveld);
- de behoefte van patiënten;
- de ernst van de knelpunten die worden gesignaleerd bij de zorg (bij toepassing van de richtlijn of richtlijnmodule);





- de prevalentie van het gezondheidsprobleem in de dagelijkse praktijk;
- de omvang van het gezondheidsprobleem, waarbij het aannemelijk is dat fysiotherapie tot gezondheidswinst leidt;
- de mate van relevantie van nieuwe inzichten en/of wetenschappelijke evidentie;
- de mate van praktijkvariatie in fysiotherapeutisch handelen;
- de mogelijkheid om het onderwerp te begrenzen;
- de vraag of het reëel is dat de relevante partijen consensus bereiken;
- de vraag of de richtlijn op korte termijn opgenomen kan worden in of kan aansluiten bij een externe richtlijn of zorgstandaard;
- het belang van de richtlijn voor de positionering van de fysiotherapie;
- de actualiteit van de huidige richtlijn of richtlijnmodule;
- de mate waarin de huidige richtlijn in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt;
- de vraag of er nieuwe ontwikkelingen zijn, zoals publicatie van een nieuwe externe richtlijn over het onderwerp, die nopen tot verandering van de (organisatie van) fysiotherapeutische zorg:
 - politieke of maatschappelijke ontwikkelingen;
 - mogelijke gezamenlijke ontwikkeling met een andere partij, zoals de VvOCM.

De richtlijnadviseurs prioriteren de behoefte aan modulaire of volledige herziening van bestaande richtlijnen en de behoefte aan de ontwikkeling van richtlijnen over nieuwe onderwerpen op basis van de verkregen informatie en eventueel na consultatie van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF), de beroepsinhoudelijke verenigingen (BI's) en eventuele andere belanghebbenden, rekening houdend met specifieke inhoudelijke en strategische criteria. De prioritering wordt vervolgens opgenomen in de richtlijnagenda van het KNGF.

3.3 Bestuur adviseren over richtlijnprojecten in het KNGF-jaarplan

Vanuit de begroting van het KNGF wordt budget gereserveerd voor de ontwikkeling of herziening van een of meer richtlijnen of richtlijnmodules. Jaarlijks beslist het bestuur waaraan dit budget zal worden besteed. Op basis van de richtlijnagenda en het KNGF-meerjarenbeleidsplan adviseren de richtlijnadviseurs het bestuur over de onderwerpkeuze. Na akkoord van de algemene ledenvergadering (ALV) op het jaarplan wordt het voorgestelde richtlijnproject in het eerstvolgende kalenderjaar gestart.

4 KNGF-richtlijnproject: ontwikkeling en implementatie van een KNGF-richtlijn

Wanneer de financiering is aangevraagd en het projectplan is opgesteld kan het richtlijnproject van start. Het richtlijnproject doorloopt vijf fasen: de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase, de commentaarfase, de autorisatiefase, de disseminatie- en implementatiefase.

4.1 Aanloop

In aanloop naar een richtlijnproject vraagt de richtlijnadviseur financiering aan en stelt de adviseur het projectplan op. Financiering van richtlijnprojecten kan bijvoorbeeld worden vergaard via het aanvragen van subsidie of vanuit KNGF-ledengelden via opname in het KNGF-jaarplan.

4.2 Voorbereidingsfase

Tijdens de voorbereidingsfase wordt de projectgroep gevormd, vindt een knelpuntenanalyse plaats en wordt het raamwerk van de richtlijn opgesteld. Er vinden in deze fase één werkgroepbijeenkomst en eventueel één klankbordgroepbijeenkomst plaats.

4.2.1 De projectgroep formeren

KNGF-richtlijnen worden multidisciplinair ontwikkeld. Alle beroepsverenigingen van zorgverleners en patiëntorganisaties die betrokken zijn bij het onderwerp van de richtlijn, worden gevraagd om te participeren in het richtlijnproject. De gehele projectgroep bestaat vaak uit een kerngroep, werkgroep en klankbordgroep. In deze fase worden de groepen samengesteld en worden ieders taken en verantwoordelijkheden besproken en toegelicht door de richtlijnadviseur.

De kerngroep samenstellen

Aanwijzen van richtlijnadviseur en aanstellen van de inhoudsdeskundig wetenschapper. De richtlijnadviseur benadert een inhoudsdeskundig wetenschapper met specifieke expertise op het gebied van het onderwerp van de richtlijn, over de vraag of deze een samenwerking wil aangaan ten aanzien van het richtlijnproject. De richtlijnadviseur verstrekt hiertoe informatie over de beoogde taken van een inhoudsdeskundig wetenschapper, bespreekt deze met de beoogde inhoudsdeskundige en stemt in samenspraak met deze inhoudsdeskundige de precieze samenwerking verder af.

De inhoudsdeskundig wetenschapper is bij voorkeur verbonden aan een kennisinstituut. De samenwerking en afspraken die zijn gemaakt met de inhoudsdeskundig wetenschapper en het kennisinstituut, worden contractueel vastgelegd.

De werkgroep en de klankbordgroep samenstellen

De richtlijnadviseur stelt een werkgroep en een klankbordgroep samen. Beide groepen bestaan uit een afvaardiging van alle voor de richtlijn relevant geachte beroepsgroepen, patiëntenvereniging(en) en eventuele andere belanghebbenden. Deze samenstelling wordt in overleg met onder meer de inhoudsdeskundig wetenschapper en beroepsinhoudelijke verenigingen bepaald. De richtlijnadviseur benadert deze partijen en/of personen en informeert hen over de taken waarmee deelname aan de werkgroep of klankbordgroep gepaard gaat (paragraaf 2.6 '[Werkgroep](#)' en 2.7 '[Klankbordgroep](#)').

Naar aanleiding van de geprioriteerde knelpunten kan de richtlijnadviseur aanvullende partijen met relevante expertise benaderen.

Mandaat

Personen die door een organisatie worden afgevaardigd in de werk- of klankbordgroep, krijgen hiervoor mandaat vanuit de organisatie. Fysiotherapeuten die namens het KNGF zitting nemen in de werkgroep of klankbordgroep, worden voorgedragen aan het KNGF-bestuur. Afgevaardigden van andere organisaties (bijv. beroepsvereniging, wetenschappelijke vereniging of patiëntenvereniging) leggen een mandaatformulier voor aan de richtlijnadviseur.

Belangen

Alle leden van de projectgroep worden geïnformeerd over de [Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling](#) en wordt gevraagd de [belangenverklaring](#) te ondertekenen voor aanvang van de eerste bijeenkomst.

De richtlijnadviseur beoordeelt in overleg met de inhoudsdeskundig wetenschapper aan de hand van de belangenverklaringen of er sprake is van onwenselijke conflicterende belangen van de afzonderlijke werkgroep- en klankbordgroepleden. De belangen van de richtlijnadviseur zelf en inhoudsdeskundig wetenschapper worden beoordeeld door richtlijnadviseurs die niet bij het project betrokken zijn.

Aan de hand van de belangenverklaringen worden de eventuele conflicterende belangen toegelicht en wordt besproken hoe hiermee om te gaan. Indien nodig wordt op grond hiervan voor een andere afgevaardigde gekozen of worden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen om (de schijn van) oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling zo veel mogelijk te voorkomen.

Een overzicht van de gemelde belangen wordt in de richtlijn weergegeven. De originele belangenverklaringen zijn bij het KNGF op te vragen.

Vermelding in de richtlijn

De samenstelling van de projectgroep (kern-, werk- en klankbordgroep) wordt beschreven in de richtlijn. Hierbij wordt van elk lid de naam, de relevante deskundigheid (discipline/inhoudelijke expertise), de organisatie of instelling en plaats waar hij/zij werkzaam is, de organisatie die hij/zij vertegenwoordigt (of op persoonlijke titel) en zijn/haar rol in het project (bijvoorbeeld voorzitter) vermeld.

4.2.2 Een knelpuntenanalyse uitvoeren

Knelpunten worden geïnventariseerd door middel van een uitgebreide raadpleging van fysiotherapeuten, patiënten, andere belanghebbenden, zoals betrokken zorgdisciplines, en de literatuur. Op basis van al deze informatie worden knelpunten geanalyseerd en geprioriteerd.

Fysiotherapeuten, patiënten en stakeholders raadplegen

In de knelpuntenanalyse raadpleegt de richtlijnadviseur fysiotherapeuten, patiënten, betrokken zorgdisciplines en overige stakeholders. De richtlijnadviseur inventariseert zorginhoudelijke vraagstukken en vraagstukken rond de organisatie van zorg.

De richtlijnadviseur heeft beschikking over verschillende methoden voor het inventariseren van de knelpunten. Voorbeelden hiervan zijn: gesprekken/interviews met inhoudsdeskundig wetenschapper, een inventarisatie onder werkgroep- en klankbordgroepleden, focusgroepdiscussies of interviews met fysiotherapeuten, focusgroepdiscussies of interviews met patiënten, een landelijke 'invitational conference' met stakeholders, vragenlijstonderzoek/ enquêtes, gegevens uit kwaliteitsregistraties, zoals de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), declaratiegegevens (Vektis), uitkomsten van 'peer review' spiegelbijeenkomsten, zoals het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF), intervisie en kwaliteitsvisite, of via lokale werkbezoeken. De activiteiten en methoden die de richtlijnadviseur selecteert, zijn afgestemd op de betreffende richtlijn.

Geanonimiseerde verslagen van focusgroepbijeenkomsten en invitational conference worden gedeeld met de deelnemers. Andere geïnteresseerden kunnen deze verslagen opvragen bij het KNGF.

Oriënterend literatuuronderzoek uitvoeren

Parallel aan de knelpuntenanalyse en de bijeenkomsten waarin de werkgroep en klankbordgroep zich buigen over de uitgangsvragen, verdiept de richtlijnadviseur zich verder in het onderwerp van de richtlijn door middel van oriënterend literatuuronderzoek. Op basis van dit onderzoek wordt meer inzicht verkregen in het onderwerp en de recente ontwikkelingen.

Het oriënterend literatuuronderzoek richt zich met name op sleutelartikelen, zoals bestaande (inter)nationale richtlijnen en systematische literatuurstudies. Hierbij worden bijvoorbeeld de [PEDro-database](#), [GIN-library](#), [TRIP-database](#), [Cochrane Library – Cochrane Database of Systematic Reviews](#) en systematische reviews in [Europe PubMed Central \(EPMC\)](#) geraadpleegd. Indien er literatuur beschikbaar is over knelpunten in de zorg, wordt die meegenomen in de knelpuntenanalyse.

Knelpunten analyseren en prioriteren

Uit alle vergaarde informatie worden de knelpunten geïnventariseerd. De werkgroep analyseert de knelpunten en prioriteert de belangrijkste punten. In een regulier richtlijnproject worden circa acht tot tien knelpunten geprioriteerd. De klankbordgroep voorziet de werkgroep van advies in de analyse en prioritering van knelpunten. De definitieve prioritering van de knelpunten ligt bij de werkgroep.

4.2.3 Het raamwerk van de richtlijn opstellen

Op basis van de bevindingen van de knelpuntenanalyse en de beschikbare middelen wordt het raamwerk van de richtlijn opgesteld. Het raamwerk beschrijft achtereenvolgens: de achtergrond en aanleiding van de richtlijn, het doel van de richtlijn, (de afbakening van) het onderwerp van de richtlijn, de beoogde gebruikers van de richtlijn, de uitgangsvragen die op basis van de knelpunten in de richtlijn worden opgenomen, de wijze waarop patiënten participeren in de ontwikkeling van de richtlijn en de wijze waarop de projectgroep is samengesteld.

De achtergrond en aanleiding van de richtlijn beschrijven

Het raamwerk beschrijft de achtergrond en aanleiding voor het ontwikkelen van de richtlijn.

Het doel van de richtlijn beschrijven

Het doel van de richtlijn wordt beschreven aan de hand van de mogelijke impact van de richtlijn op de patiëntenpopulatie en de samenleving. Het gaat hier om de specifiek met het onderwerp van de richtlijn samenhangende gezondheidswinst die de richtlijn naar verwachting zal opleveren.

Het onderwerp van de richtlijn

In het raamwerk wordt (de afbakening van) het onderwerp van de richtlijn duidelijk beschreven. Hierbij wordt specifiek beschreven wat wel en wat niet binnen de scope van de richtlijn valt. Het heeft hierbij de voorkeur om te kiezen voor een zo breed mogelijke doelpopulatie, rekening houdend met de haalbaarheid en relevantie voor de praktijk. Het onderwerp van een richtlijn kan zich richten op een specifiek onderdeel van het fysiotherapeutisch proces (zoals zelfmanagement of zorg op afstand), een specifiek domein (zoals oncologie of kwetsbare ouderen) of een specifieke aandoening (zoals COPD of reumatoïde artritis). Indien van toepassing wordt ook beschreven op welke populaties de richtlijn expliciet niet van toepassing is (bijvoorbeeld kinderen).

Beoogde gebruikers van de richtlijn specificeren

De beoogde primaire gebruikers van de richtlijn zijn fysiotherapeuten. De richtlijn beoogt fysiotherapeuten te ondersteunen in de klinische besluitvorming. Afhankelijk van het richtlijnonderwerp kunnen ook andere beoogde gebruikers worden benoemd, zoals patiënten, huisartsen, verpleegkundigen, specifieke medisch-specialistische disciplines en beleidsmakers.

Uitgangsvragen formuleren

Op basis van de geprioriteerde knelpunten formuleert de werkgroep de uitgangsvragen van de richtlijn. Uitgangsvragen van een richtlijn hebben betrekking op beleid, bijvoorbeeld ten aanzien van diagnostiek, therapie of de organisatie van zorg.

De uitgangsvragen worden opgenomen in het raamwerk, waarna ze elk in een module worden uitgewerkt en beantwoord in de vorm van een aanbeveling.

Hoeveel uitgangsvragen in de richtlijn kunnen worden behandeld, is afhankelijk van tijd en beschikbaar budget. Een regulier richtlijnproject omvat circa acht tot tien uitgangsvragen. De klankbordgroep voorziet de werkgroep van advies. De formulering van de definitieve uitgangsvragen ligt bij de werkgroep.

Patiëntparticipatie inrichten

Perspectief, ervaringen, verwachtingen en voorkeuren van de patiënten worden tijdens het richtlijnproject zorgvuldig en meermaals nagegaan en meegewogen. Hiervoor worden tijdens de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling verschillende methoden gebruikt, zoals:

- ervaren knelpunten inventariseren bij patiënten met behulp van interviews, focusgroepdiscussies en/of enquêtes;
- literatuuronderzoek uitvoeren naar de wensen en voorkeuren van patiënten;
- deelname van (vertegenwoordigers van) patiënten aan de werkgroep en/of klankbordgroep;
- deelname van (vertegenwoordigers van) patiënten aan de commentaarronde, en/of;
- medewerking van patiënt(vertegenwoordigers) aan het implementatieplan en gezamenlijk ontwikkelen van implementatieproducten en -activiteiten.

In het raamwerk wordt beschreven op welke manieren patiënten participeren in de ontwikkeling en implementatie van de richtlijn.

De wijze waarop informatie over het patiëntperspectief is verzameld, de wijze waarop deze informatie is gebruikt in het richtlijnontwikkelingsproces en bij de formulering van de aanbevelingen en de wijze waarop patiënten(vertegenwoordigers) participeren in de ontwikkeling van de richtlijn worden beschreven in de inleiding van de richtlijn.

De informatie die over het patiëntperspectief is verzameld, zoals een verslag van een focusgroep of resultaten van een enquête, kan bij het KNGF worden opgevraagd.

Vaststellen van het raamwerk

De werkgroep legt het conceptraamwerk ter becommentariëring voor aan de klankbordgroep in haar adviserende rol. De werkgroep verwerkt het commentaar en stelt het definitieve raamwerk vast.

4.3 Ontwikkelfase

In de ontwikkelfase wordt op basis van het raamwerk de richtlijn ontwikkeld. De inleiding van de richtlijn wordt geschreven en de uitgangsvragen worden uitgewerkt. Een uitgangsvraag wordt op basis van: 1) het wetenschappelijk bewijs verkregen vanuit (systematisch) literatuuronderzoek, en 2) overige overwegingen, bestaande uit expertise uit de praktijk en waarden en voorkeuren van de patiënten, beantwoord met een of meer aanbevelingen. Middels het doorlopen van een proces, het evidence to decision-proces (EtD), komt de werkgroep van bewijs naar aanbeveling. De uitwerking van één uitgangsvraag vormt in de richtlijn één module. Ter afsluiting van deze fase worden de inleiding en de verschillende modules samengevoegd tot de conceptrichtlijn.

De precieze uitwerking verschilt per type uitgangsvraag. Onderstaand worden eerst de stappen voor het uitwerken van uitgangsvragen over interventievraagstukken beschreven. Vervolgens worden aanpassingen in deze werkwijze beschreven in geval van diagnostische vraagstukken, prognostische vraagstukken, vraagstukken die met kwalitatieve studies worden uitgewerkt, en overige vraagstukken, zoals zorgorganisatorische vragen.

Tijdens de ontwikkelfase worden meerdere werkgroepbijeenkomsten gehouden, waarin per bijeenkomst een of meer uitgangsvragen worden besproken. Het aantal bijeenkomsten is afhankelijk van het aantal uitgangsvragen en de omvang ervan. De klankbordgroep wordt gedurende de ontwikkelfase in haar adviserende rol (schriftelijk) geraadpleegd.

4.3.1 Inleiding van de richtlijn schrijven

De informatie uit de voorbereidingsfase wordt beschreven in de inleiding van de richtlijn. De inleiding bevat onder meer een beschrijving van de achtergrond en het doel van de richtlijn, (de afbakening van) het onderwerp, de doelgroep en de beoogde gebruikers van de richtlijn. Vervolgens wordt de samenstelling van de projectgroep beschreven en een overzicht van de gemelde belangen weergegeven. Indien sprake is van mogelijke conflicterende belangen, wordt aangegeven hoe hiermee is omgegaan. Tot slot wordt een korte beschrijving gegeven van de methode waarmee de richtlijn tot stand is gekomen, met daarbij een verwijzing naar de KNGF-richtlijnenmethodiek (incl. versienummer).

4.3.2 Therapeutische uitgangsvragen uitwerken in richtlijnmodules

De uitwerking kent twee stappen: het literatuuronderzoek naar wetenschappelijk bewijs en het evidence to decision-proces. Therapeutische uitgangsvragen worden uitgewerkt aan de hand van de tool GRADE voor interventies (Zorginstituut 2022).

Systematisch literatuuronderzoek uitvoeren

Een systematisch literatuuronderzoek wordt uitgevoerd door de richtlijnadviseur en de inhoudsdeskundig wetenschapper. Deze systematische uitwerking is gebaseerd op de PRISMA 2020 checklist (Page 2021).

Het systematisch literatuuronderzoek bestaat uit de volgende stappen:

- Reviewvraag formuleren en vaststellen patiëntrelevante uitkomstmaten;
- Systematische zoekactie (literatuursearch) uitvoeren;
- Literatuur selecteren;
- Methodologische kwaliteit (RoB) van de individuele studies beoordelen;
- Karakteristieken en resultaten van de studies beschrijven;
- Resultaten samenvatten (indien mogelijk);
- Het vertrouwen in het bewijs beoordelen middels GRADE (indien mogelijk);
- Literatuurconclusies formuleren (indien mogelijk).

Reviewvragen formuleren en patiëntrelevante uitkomstmaten vaststellen

Per uitgangsvraag worden een of meer reviewvragen geformuleerd. Deze reviewvragen zijn specifiek en gedetailleerder dan uitgangsvragen. Reviewvragen van interventievraagstukken hebben bijvoorbeeld betrekking op de effectiviteit en bijwerkingen van een interventie.

Reviewvragen volgen een PICO-structuur, waarin de patiëntenpopulatie, interventie(s), vergelijkende interventies (indien van toepassing) en patiëntrelevante uitkomst(en) worden gespecificeerd. Indien relevant worden ook de setting in de gezondheidszorg, context of studieopzet gespecificeerd.

Voorafgaand aan het systematisch literatuuronderzoek stelt de werkgroep per uitgangsvraag de klinisch relevante en patiëntrelevante uitkomstmaten vast. Het gaat om uitkomstmaten die van belang zijn voor de patiënt en/of de klinische besluitvorming. Denk aan mortaliteit, pijn, (bewegend) functioneren, kwaliteit van leven en complicaties. De werkgroep selecteert en prioriteert de uitkomstmaten in cruciale en belangrijke uitkomstmaten voorafgaand aan het literatuuronderzoek.

Reviewvragen worden bij voorkeur beantwoord met een statistische schatting van het effect. Effectiviteit is een van de argumenten bij het bepalen van de aanbeveling.

Het literatuuronderzoek vindt plaats voorafgaand aan de werkgroepbijeenkomst waarin de desbetreffende uitgangsvraag wordt besproken. Voor elke uitgangsvraag met betrekking tot interventies wordt de literatuur systematisch in kaart gebracht.

Zoeken en selecteren van literatuur

De werkgroep bepaalt vooraf de criteria voor de selectie van de literatuur. Deze criteria worden duidelijk beschreven en omvatten: kenmerken van de patiëntenpopulatie, interventies, controlegroepen (indien relevant), patiëntrelevante uitkomsten (zowel gewenste als ongewenste effecten), studieontwerp (bijv. RCT), taal (ten minste Nederlands en Engels), context of setting (indien relevant) en exclusiecriteria.

Op basis van de reviewvraag maakt de richtlijnadviseur samen met de werkgroep een eerste opzet van de zoekstrategie voor het literatuuronderzoek (o.a. zoektermen (MeSH-termen en vrije tekstwoorden), zoekperiode en in- en exclusiecriteria). Hiervoor maakt de richtlijnadviseur onder meer gebruik van sleutelartikelen die door de werkgroep zijn aangedragen. Voor de uiteindelijke zoekstrategie kan advies worden ingewonnen bij een informatiespecialist. De zoekopdracht wordt verricht in meerdere elektronische databases, zoals PubMed, EMBASE, PEDRO en Cochrane Library. Met behulp van de sleutelartikelen wordt de zoekopdracht gecontroleerd.

In de richtlijn wordt de zoekstrategie (o.a. de databases waarin gezocht is, de periode waarover werd gezocht en de gebruikte zoektermen) kort beschreven. Daarnaast wordt de volledige zoekstrategie opgenomen in de bijlage van de richtlijn(module).

Bij interventievraagstukken wordt, afhankelijk van de omvang van de beschikbare evidentie, stapsgewijs gezocht naar de best mogelijke evidence:

- bestaande evidence-based richtlijnen en systematische reviews;
- gerandomiseerde gecontroleerde studies en
- niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies.

De eerste selectie vindt plaats op basis van titel en abstract en een tweede selectie op basis van het screenen van de volledige artikelen. De selectie wordt door twee personen uitgevoerd of de selectie wordt door een tweede persoon gecontroleerd. Dit wordt beschreven in de betreffende module. Bij twijfel vindt overleg plaats. De richtlijnadviseur zorgt voor volledige documentatie en archivering van het zoek- en selectieproces, zodat replicatie van deze processen mogelijk is.

Relevante evidence-based richtlijnen en systematische reviews worden geselecteerd wanneer zij van voldoende kwaliteit zijn. De kwaliteit van richtlijnen en systematische reviews wordt beoordeeld met respectievelijk AGREE II en AMSTAR (Shea 2017). Geselecteerde richtlijnen en reviews worden geüpdatet.

De selectie wordt voorgelegd aan de werkgroep met de vraag deze te controleren op de inclusie van alle relevante studies.

Methodologische kwaliteit (RoB) van de individuele studies beoordelen

De methodologische kwaliteit en daarmee het risico op vertekening, de 'risk of bias' (RoB), wordt per studie beoordeeld. Hierbij worden beperkingen in de opzet en uitvoering van de studie (risk of bias) met een RoB-tool in kaart gebracht. De RoB wordt door twee personen afzonderlijk van elkaar beoordeeld, of de beoordeling wordt door een tweede persoon gecontroleerd. Voorbeelden van tools die hiervoor kunnen worden gebruikt, zijn: AMSTAR 2 voor beoordeling van systematische reviews (Shea 2017; <https://amstar.ca/>), Cochrane RoB 2 (Sterne 2019) voor gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (RCT's), Newcastle-Ottawa Scale (Wells 2014) voor niet-gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (CCT's) en observationeel onderzoek of de QUADAS-2 voor 'diagnostic test accuracy' (DTA)-studies (Whiting 2011).

Karakteristieken en resultaten van de studies beschrijven

De karakteristieken en resultaten van de geselecteerde studies worden geëxtraheerd en weergegeven in een evidence-tabel. In de richtlijn wordt ten minste het aantal gevonden studies, het studieontwerp en de totale aantallen patiënten gerapporteerd, inclusief een beschrijving van de patiëntengroepen, interventies en uitkomstmaten.

Resultaten samenvatten (indien mogelijk)

De resultaten van de geïncludeerde studies worden per uitkomstmaat (en niet per studie) samengevat middels een kwantitatieve pooling van de resultaten, een meta-analyse. Wanneer geen meta-analyse mogelijk is, worden de gevonden resultaten kwalitatief beschreven. De grootte van het effect wordt beoordeeld op basis van de klinische relevantie ('minimal clinically important difference'; MCID).

Indien in de studies verschillende meetinstrumenten zijn gebruikt, worden resultaten weergegeven in de effectgrootte, zoals de 'standardised mean difference' (SMD). Deze dimensieloze effectgrootte, ook wel effect size genoemd, maakt het mogelijk om verschillende resultaten van de studies met elkaar te vergelijken.

Het vertrouwen in het bewijs beoordelen middels GRADE (indien mogelijk)

Het vertrouwen in het bewijs, ook wel de kwaliteit van bewijs of bewijskracht genoemd, geeft aan hoe waarschijnlijk het wordt geacht dat het werkelijke effect dicht in de buurt van het geschatte effect ligt. Het vertrouwen in het bewijs wordt waar mogelijk beoordeeld middels de GRADE-systematiek (GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; gradeworkinggroup.org). Afhankelijk van de uitgangsvraag wordt gebruikgemaakt van [GRADE voor interventies](#), [GRADE voor diagnostiek](#) of GRADE voor kwalitatieve studies ([GRADE-CERQual](#)).

De GRADE-beoordeling wordt door twee personen uitgevoerd of de beoordeling wordt door een tweede persoon gecontroleerd. De procedure wordt beschreven in de betreffende module. Bij twijfel vindt overleg plaats.

Middels de GRADE-systematiek wordt per uitkomstmaat de kwaliteit van het bewijs bepaald aan de hand van vijf criteria (zie het kader 'Criteria van GRADE voor het bijstellen van het vertrouwen in het bewijs').

Criteria van GRADE voor het bijstellen van het vertrouwen in het bewijs (Higgins 2021)

Op grond van verschillende factoren kan het nodig zijn om het vertrouwen in het bewijs ('body of evidence') naar beneden bij te stellen. Deze factoren zijn in GRADE als volgt gegroepeerd:

- beperkingen in de opzet en uitvoering van de studie, bijvoorbeeld door randomisatiefouten of door uitval in de follow-up;
- inconsistentie, wanneer de resultaten van de verschillende studies uiteenlopen in grootte en/of richting van het effect en deze heterogeniteit niet kan worden verklaard; de betrouwbaarheidsintervallen overlappen niet of nauwelijks;
- indirectheid, als het gevonden bewijs niet (geheel) aansluit bij een of meer PICO-elementen, bijvoorbeeld als er gebruik wordt gemaakt van intermediaire of surrogaatuitkomstmaten (O) of als er geen directe vergelijking van de experimentele en standaardinterventie beschikbaar is (I-C);
- onnauwkeurigheid van het geschatte effect door een kleine onderzoekspopulatie en/of weinig events, met als gevolg brede betrouwbaarheidsintervallen;
- publicatiebias, bijvoorbeeld als aannemelijk is dat studies met negatieve resultaten niet zijn aangeboden voor publicatie.

Het vertrouwen in het bewijs kan naar boven worden bijgesteld op grond van:

- de grootte van het effect;
- de dosis-responsrelatie;
- een gunstig effect van confounders: indien beredeneerd kan worden dat correctie van vertekende factoren tot een sterke toename van het effect kan leiden.

De GRADE-systematiek kent vier niveaus van kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: 'hoog', 'redelijk', 'laag' of 'zeer laag'. Het niveau geeft aan hoe waarschijnlijk het wordt geacht dat het werkelijke effect dicht in de buurt van het geschatte effect ligt, zoals beschreven in de volgende tabel.

Interpretatie van het vertrouwen in het bewijs

| | |
|------------------|---|
| Hoog | Het werkelijke effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect. |
| Redelijk | Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt. |
| Laag | Het werkelijke effect kan substantieel verschillen van de schatting van het effect. |
| Zeer laag | Het werkelijke effect wijkt waarschijnlijk substantieel af van de schatting van het effect. |

Bron: [Zorginzicht.nl](https://www.zorginzicht.nl) – Tool GRADE voor interventies

Eerst wordt per uitkomstmaat afzonderlijk het vertrouwen in het bewijs bepaald. Vervolgens wordt het algehele vertrouwen in het bewijs bepaald door de cruciale uitkomstmaat met het laagste vertrouwen.

Als het wetenschappelijk bewijs bestaat uit enkel RCT('s), is het vertrekpunt dat de kwaliteit van het bewijs hoog is; als er een of meer andere studies dan RCT's zijn ingesloten, is het vertrekpunt dat de kwaliteit van het bewijs laag is.

De resultaten van de GRADE-beoordeling worden per uitkomstmaat en per uitgangsvraag in een GRADE-evidence-profiel weergegeven. Informatie over het beoordelen van het vertrouwen in het bewijs en het graderen van deze bewijskracht met behulp van de GRADE-systematiek, is beschreven in het [GRADE-handboek](#) (Schünemann 2013) en in het Cochrane Handboek (Higgins 2021).

Literatuurconclusies formuleren (indien mogelijk)

Per uitkomstmaat worden literatuurconclusies geformuleerd. Een literatuurconclusie beschrijft zowel de grootte van het geschatte effect als het vertrouwen in het geschatte effect (de kwaliteit van bewijs of bewijskracht). De grootte van het effect kan worden uitgedrukt in wel of niet klinisch relevant. Tot slot kan per uitgangsvraag een algehele conclusie geformuleerd worden. Deze algehele conclusie is afhankelijk van cruciale uitkomsten. Bij elke literatuurconclusie worden de referenties weergegeven van de studies waarop deze conclusie is gebaseerd.

Komen van bewijs naar aanbeveling (evidence to decision)

Het proces om te komen van bewijs naar aanbeveling bestaat uit het beschrijven van de overwegingen, het wegen van de gewenste en ongewenste effecten en het formuleren van de aanbeveling. Alle oordelen over de criteria samen, en weging hiervan, bepalen de sterkte van de aanbeveling (Andrews 2013a, Andrews 2013b).

Overwegingen beschrijven

In de werkgroepvergadering (consensusmeeting) worden aan de hand van het evidence to decision-framework naast de resultaten van het literatuuronderzoek ook alle overige overwegingen in kaart gebracht en besproken. In de sectie 'Overwegingen' worden al deze aspecten beschreven die niet reeds vallen onder het systematisch literatuuronderzoek maar wel van belang zijn bij het formuleren van de aanbeveling.

Met het evidence to decision-framework worden aan de hand van negen criteria alle argumenten in kaart gebracht, zowel voor als tegen de mogelijke aanbevelingen.

- **Gewenste effecten.** Effectiviteit van de interventie.;
- **Ongewenste effecten.** Bijvoorbeeld bijwerkingen, risico's en complicaties;
- **Het vertrouwen in het bewijs/kwaliteit van het bewijs.** Vertrouwen dat de geschatte effecten overeenkomen met de werkelijke effecten;
- **Waarden en voorkeuren van patiënten.** Waardering van de uitkomsten door patiënten: wegen de gewenste effecten op tegen de ongewenste effecten?
- **Balans gewenste en ongewenste effecten.** Balans tussen de grootte van de gewenste en ongewenste effecten, het vertrouwen in het bewijs en de waarden en voorkeuren van patiënten;





- **Economische overwegingen en kosteneffectiviteit.** Beoordeling van de kosten en middelen, bijvoorbeeld middels een kosten-effectiviteitsanalyse of een budgetimpactanalyse;
- **Gelijkheid (health equity).** Leidt implementatie van de interventie tot verbetering in gezondheid voor alle groepen in de maatschappij, bijvoorbeeld voor alle niveaus van sociaaleconomische status. Een interventie waarvoor zelf de kosten moeten worden betaald, die een lange reistijd vergt of waarvoor bepaalde vaardigheden nodig zijn, kan leiden tot ongelijkheid (inequity);
- **Aanvaardbaarheid.** Voor de beoordeling van dit criterium moet helder zijn wie de stakeholders zijn. Dit kunnen zorgprofessionals en patiënten (en hun naasten) zijn, maar ook zorgverzekeraars, beleidsmakers of andere betrokkenen, afhankelijk van de setting en het gekozen perspectief;
- **Haalbaarheid.** De balans tussen gewenste en ongewenste effecten kan in het voordeel van de interventie zijn, maar alleen wanneer implementatie van de interventie haalbaar is, zal deze leiden tot de verwachte gezondheidswinst. Potentiële implementatiebarrières zijn divers van aard; denk aan praktische, technische, juridische en logistieke aspecten, maar ook organisatorische aspecten, professionele interacties of personele capaciteit.

De overwegingen worden waar mogelijk onderbouwd met wetenschappelijke of 'grijze' literatuur. Voor meer informatie over de overwegingen en het proces van bewijs naar aanbeveling, zie Alonso-Coello 2016a en Alonso-Coello 2016b.

Gewenste en ongewenste effecten wegen in het evidence to decision-proces

In de werkgroepvergadering (consensusmeeting) wordt het evidence to decision-proces doorlopen.

Deze weging van gewenste en ongewenste effecten, ook wel rationale genoemd, wordt beschreven in de laatste paragraaf van de sectie 'Overwegingen'. De aanbeveling volgt direct uit deze paragraaf.

De weging van de oordelen en de wijze waarop deze tot de aanbeveling heeft geleid worden onder woorden gebracht in de rationale.

Vervolgens worden de richting (positief/voor of negatief/tegen) en de sterkte (sterk of zwak/conditioneel) van de aanbeveling(en) bepaald op basis van consensus.

Sterk voor: de voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.

Conditioneel/zwak voor: de voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten. De meerderheid van de geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.

Conditioneel/zwak tegen: de nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van de geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie niet kiezen.

Sterk tegen: de nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie niet kiezen.

Bron: tool GRADE voor interventies.

Aanbeveling(en) formuleren

Na het bereiken van consensus over de sterkte en de richting van de aanbeveling(en) formuleert de werkgroep de conceptaanbeveling. Aanbevelingen zijn de beantwoording van de uitgangsvraag. Ze zijn zo specifiek en concreet mogelijk; een aanbeveling beschrijft concreet welk beleid in bepaalde situaties bij een specifieke groep patiënten kan worden uitgevoerd, waarom, wanneer en hoe. Aanbevelingen worden bij voorkeur kort en bondig geformuleerd. Aanbevelingen kunnen op zichzelf gelezen worden én zijn slechts op één manier te interpreteren.

Voorbeelden van formulering van aanbevelingen:

- **Sterk positief.** Bijvoorbeeld: 'Pas ... toe' / 'Voer ... uit' / 'Bied ... aan'
- **Zwak/conditioneel positief.** Bijvoorbeeld: 'Pas bij voorkeur ... toe bij ...(conditie)' / 'Neem in overweging ... ' / 'Overweeg ... '
- **Zwak/conditioneel negatief.** Bijvoorbeeld: 'Pas bij voorkeur ... niet toe bij ... (conditie)' / 'Neem in overweging ... ' / 'Overweeg ... ' / 'Wees terughoudend in ...'
- **Sterk negatief.** Bijvoorbeeld: 'Pas geen ... toe' / 'Voer geen ... uit' / 'Bied ... niet aan'

Aanbevelingen worden duidelijk herkenbaar weergegeven. Dit kan bijvoorbeeld door de aanbevelingen te omkaderen.

De richtlijnadviseur bespreekt iedere module met de werkgroep en legt vervolgens de conceptversie van iedere module voor aan de klankbordgroep in haar adviserende rol. Het advies van de klankbordgroep wordt in de werkgroep besproken en wanneer de werkgroep consensus bereikt en haar akkoord geeft op de module, is de module definitief vastgesteld.

4.3.3 Diagnostische uitgangsvragen uitwerken

Diagnostische uitgangsvragen worden zo veel mogelijk uitgewerkt aan de hand van de tool GRADE voor Diagnostiek ([Tool GRADE voor diagnostiek](#)). Aanbevelingen worden opgesteld aan de hand van de kernvraag: levert het toepassen van een nieuwe test voldoende gezondheidswinst (voor de patiënt relevante voordelen) ten opzichte van de bestaande teststrategie?

In het formuleren van de aanbevelingen voor diagnostische tests staat de te verwachten gezondheidswinst door het toepassen van de test centraal. De accuratesse van een test is daarmee een surrogaatuitkomstmaat voor de patiëntrelevante uitkomstmaten (gezondheidswinst). Verschillende typen bewijs worden in een aanbeveling voor een diagnostische test in ogenschouw genomen: naast bewijs uit accuratessestudies bijvoorbeeld ook bewijs voor de effecten van de behandeling die volgt op een positieve testuitslag. Het bewijs ten aanzien van de testaccuratesse wordt, indien mogelijk en haalbaar, via systematisch literatuuronderzoek vergaard. Voor het overige bewijs is systematisch literatuuronderzoek vaak niet haalbaar binnen de tijd en middelen van een richtlijnproject. In de module wordt beschreven op welke wijze de verschillende typen bewijs voor de verschillende stappen in het diagnostisch proces zijn vergaard.

Beantwoording van diagnostische uitgangsvragen kent de volgende acht stappen (Zorginstituut 2015):

1. **Formuleren van de reviewvraag en patiëntrelevante uitkomstmaten.**
Hierbij worden onder meer het analytische raamwerk opgesteld en de rol van de test bepaald.
2. **Doorredeneren van de patiëntrelevante consequenties.**
Consequenties van de verschillende testuitslagen en de directe gevolgen van de test voor de patiënt.
3. **Verzamelen en samenvatten van het bewijs (evidence).**
Systematisch literatuuronderzoek naar de diagnostische accuratesse (DTA) indien mogelijk en haalbaar. Systematisch literatuuronderzoek naar de directe gevolgen en behandelconsequenties is vaak niet haalbaar binnen de tijd en middelen.
4. **Beoordelen van het vertrouwen in het bewijs (GRADE).**
Systematisch literatuuronderzoek naar de diagnostische accuratesse (DTA) indien mogelijk en haalbaar. Systematisch literatuuronderzoek naar de directe gevolgen en behandelconsequenties is vaak niet haalbaar binnen de tijd en middelen.
5. **Formuleren van de literatuurconclusie(s).**
De geschatte grootte van de verwachte gewenste (gezondheidswinst) en ongewenste effecten van de test en het vertrouwen in het bewijs.
6. **In kaart brengen van de overwegingen.**
Overwegingen zoals de waarden en voorkeuren van patiënten, kosten, gelijkheid in gezondheidsuitkomsten (health equity), aanvaardbaarheid en haalbaarheid worden met behulp van het Raamwerk Klinimetrie in kaart gebracht (Swinkels 2015).
7. **Weging en formuleren rationale.**
Met behulp van het evidence to decision-framework en het Raamwerk Klinimetrie worden alle voor- en nadelen van de test gewogen. In de keuze voor bepaalde meetinstrumenten wordt zo veel mogelijk afstemming gezocht met aanbevolen meetinstrumenten in andere KNGF-richtlijnen of externe richtlijnen.
8. **Formuleren van de aanbeveling(en).**
Bepalen van de sterkte en richting van de aanbeveling en formuleren van de aanbeveling. Bij de selectie van meetinstrumenten wordt onderscheid gemaakt tussen aanbevolen (sterke aanbeveling) en optionele meetinstrumenten (conditionele aanbeveling). Aanbevolen meetinstrumenten worden in principe bij iedere patiënt afgenomen, optionele meetinstrumenten worden enkel afgenomen als hier specifieke aanleiding toe is.

4.3.4 Prognostische uitgangsvragen uitwerken

Voor uitgangsvragen ten aanzien van het te verwachten verloop van de aandoening (prognostische uitgangsvragen) wordt bewijs verzameld voor aanbevelingen voor bijvoorbeeld wel of niet behandelen of beslissingen ten aanzien van het type, de omvang of de inhoud van fysiotherapie. Voor de werkwijze ten aanzien van prognostische vragen is momenteel nog geen uniforme methodologische werkwijze vastgesteld.

4.3.5 Uitgangsvragen uitwerken op basis van kwalitatieve studies

Voor uitgangsvragen die worden uitgewerkt met kwalitatieve studies, wordt de zoekstrategie aangepast, waarbij ook andere databanken worden doorzocht, zoals Google Scholar. Het vertrouwen in het bewijs verkregen uit kwalitatieve studies wordt systematisch beoordeeld met [GRADE-CERQual](#) op basis van de volgende vier criteria:

- **Methodologische beperkingen.** Het risico op vertekening (risk of bias). Beoordeling van de methodologische kwaliteit van de studies met behulp van de CAMELOT-tool (Munthe-Kaas 2024).
- **Coherentie.** De overeenstemming tussen de data uit de studies en de uiteindelijke, overkoepelende reviewbevinding. Dit betreft zowel de mate waarin de bevindingen consistent zijn binnen en tussen de verschillende studies, als de beoordeling of de bevindingen logisch zijn en overeenkomen met de bestaande theorie en literatuur.
- **Adequaatheid van de data.** De hoeveelheid en rijkdom van de data die de bevindingen ondersteunen. Beoordeling van de diepgang en de omvang van de gegevens die beschikbaar zijn om een conclusie te onderbouwen.
- **Relevantie.** De mate waarin data uit onderzoeken van toepassing zijn op de context van de uitgangsvraag; denk aan perspectief of populatie, het onderzochte onderwerp en de setting. Beoordeling van de toepasbaarheid van de bevindingen op de specifieke context, populatie en setting die relevant zijn voor de uitgangsvraag.

4.3.6 Zorgorganisatorische en overige uitgangsvragen

Bij overige uitgangsvragen, zoals organisatorische uitgangsvragen, kan het zijn dat een systematisch literatuuronderzoek niet de aangewezen methode is om te komen tot beantwoording van de uitgangsvraag. Dan kan de onderbouwing uit enkel overwegingen bestaan. De methode van uitwerking wordt beschreven in de betreffende module.

4.3.7 Overige informatie beschrijven (per module)

Overige informatie die per module wordt beschreven, betreft algemene gegevens over de richtlijnmodule, zoals het publicatiejaar en autoriserende partijen, en de samenstelling van de projectgroep met onder meer vermelding van de leden van de werkgroep en de klankbordgroep.

Algemene gegevens

Onder 'Algemene gegevens' wordt bijvoorbeeld de onderstaande informatie beschreven:

- **Publicatiejaar.** Informatie over wanneer het KNGF de richtlijnmodule heeft vastgesteld en gepubliceerd.
- **Laatste beoordeling.** Informatie over wanneer het KNGF de actualiteit van de module voor het laatst heeft beoordeeld en of deze actueel is bevonden.
- **Onderhoudsprocedure.** Informatie over wanneer de inhoud en actualiteit van de module opnieuw door het KNGF worden beoordeeld.
- **Autoriserende partijen.** De organisaties die de richtlijnmodule hebben geautoriseerd of een verklaring van geen bezwaar hebben afgegeven.
- **Financiering.** Informatie over de financiering van de richtlijnmodule.
- **Onafhankelijkheid.** Een verklaring ten aanzien van de onafhankelijkheid van de opstellers van de richtlijn, waarin wordt verklaard dat de opvattingen van de financierende instantie geen invloed hebben op de inhoud van de richtlijn.

Samenstelling projectgroep

Per module wordt de samenstelling van de projectgroep beschreven die de module heeft opgesteld en vastgesteld. De leden van de werkgroep, de leden van de klankbordgroep, de richtlijnadviseur(s) en eventuele overige betrokkenen worden benoemd. Per persoon wordt beschreven: naam, het beroep en de werkgever en de organisatie die deze vertegenwoordigt (of op persoonlijke titel).

4.3.8 Weergave van de modules en samenstellen conceptrichtlijn

De richtlijnmodules worden op gebruiksvriendelijke wijze weergegeven. Hierbij kunnen de fysiotherapeuten de aanbevelingen gemakkelijk vinden, én is de onderbouwing van de aanbeveling transparant en helder. In elke module worden achtereenvolgens de aanleiding (het knelpunt), de uitgangsvraag, de aanbevelingen, het literatuuronderzoek en de overwegingen beschreven (Evidence to Decision). Ook bevat de module overige informatie, zoals de samenstelling van de werkgroep, een overzicht van de belangen en de autorisaties.

De inleiding en alle modules vormen samen de conceptrichtlijn.

4.4 Commentaarfase

In de commentaarronde en de werkveldronde wordt de conceptrichtlijn voorgelegd aan personen die niet betrokken waren bij de richtlijnontwikkeling en dus geen zitting hebben in de projectgroep. Het commentaar wordt verzameld en verwerkt, waarna de definitieve richtlijn wordt vastgesteld.

4.4.1 De richtlijn ter commentaar voorleggen

De richtlijnadviseur legt de conceptrichtlijn ter commentaar voor aan fysiotherapeuten (waaronder het WCF en betrokken BI's) en aan externe partijen, zoals aanpalende beroepsgroepen en andere belanghebbenden die zijn betrokken bij de zorg voor de patiëntengroep waarop de richtlijn is gericht. Referenten betreffen zowel klinisch experts op het gebied van het richtlijnonderwerp als enkele richtlijnmethodologen. Vertegenwoordigers van patiënten kunnen ook als referent optreden. Referenten geven commentaar via een commentaarformulier. Over het algemeen wordt een reactieperiode van circa twee maanden aangehouden.

Binnen een werkveldronde toetst een brede, heterogene en representatieve afspiegeling van fysiotherapeuten de conceptrichtlijn op de praktische toepasbaarheid, haalbaarheid en leesbaarheid. Dit kan via een schriftelijke/digitale commentaarronde, een focusgroepbijeenkomst en/of een praktijktest (het testen van de conceptrichtlijn in de praktijk, voorafgaand aan een wijdverspreide implementatie).

In de richtlijn wordt beschreven hoeveel referenten de richtlijn beoordeeld hebben en worden eventuele relevante karakteristieken van de referenten weergegeven.

4.4.2 Het commentaar verzamelen en verwerken

De richtlijnadviseur verzamelt de commentaren en voegt deze samen in een commentarentabel. In deze tabel wordt aangegeven welke organisatie welk commentaar heeft gegeven.

De richtlijnadviseur legt de commentarentabel voor aan de werkgroep. De werkgroep bespreekt de commentaren en mogelijke aanpassingen aan en/of aanvullingen in de conceptrichtlijn. Wanneer de benodigde aanpassingen en/of aanvullingen zijn verwerkt, worden de commentarentabel en aanpassingen voorgelegd aan de klankbordgroep, die vervolgens advies kan geven over de wijze waarop het commentaar verwerkt is. Vervolgens stelt de werkgroep (na eventuele aanpassing) de definitieve richtlijn vast.

De commentarentabel met de verzamelde commentaren en de argumentatie en ondernomen acties naar aanleiding van het commentaar, worden vervolgens aan de deelnemende organisaties toegestuurd. Overige geïnteresseerden kunnen de commentarentabel opvragen bij het KNGF.

4.5 Autorisatiefase

Tijdens de autorisatiefase legt de richtlijnadviseur de richtlijn ter autorisatie voor aan het bestuur van het KNGF en de betrokken externe partijen. De duur van de autorisatiefase is afhankelijk van de tijd die de autorisatieprocedure bij de verschillende partijen in beslag neemt.

4.5.1 De richtlijn aanbieden aan het KNGF-bestuur

De definitieve versie van de richtlijn wordt ter autorisatie aangeboden aan het bestuur van het KNGF.

4.5.2 De richtlijn aanbieden aan externe partijen

De definitieve versie van de richtlijn wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de besturen van de betrokken externe partijen met de vraag om de richtlijn te autoriseren of een verklaring van geen bezwaar af te geven. Zij krijgen hiervoor over het algemeen twee maanden de tijd.

De commentarentabel wordt met de richtlijn meegestuurd. Deze tabel bevat alle verzamelde commentaren en per commentaar de reactie met argumentatie en ondernomen acties naar aanleiding van het commentaar. De commentarentabel en definitieve richtlijn worden toegestuurd aan alle organisaties die commentaar hebben geleverd.

4.6 Disseminatie- en implementatiefase

Na autorisatie van de richtlijn door het KNGF is de richtlijn gereed voor publicatie. Het KNGF geeft zowel nationaal als internationaal bekendheid aan de richtlijn (disseminatie). De implementatie richt zich op deskundigheidsbevordering van de fysiotherapeut en op positionering van de fysiotherapie in het bredere zorglandschap, en valt onder de verantwoordelijkheid van de implementatiedeskundige. Deze stelt hiertoe een implementatieplan op en bewaakt de ontwikkeling van implementatieproducten en -activiteiten.

4.6.1 De richtlijn bekendheid geven (disseminatie)

Reeds tijdens het ontwikkelproces wordt bekendheid gegeven aan richtlijnen die nieuw ontwikkeld worden of worden herzien. Dit vindt met name plaats via digitale nieuwsberichten en sociale media. Ook worden al in een vroeg stadium presentaties gegeven over de nieuwe richtlijn(module).

Na autorisatie door het KNGF wordt de samenvatting van de richtlijn opgesteld en wordt de richtlijn gepubliceerd op het KNGF Kennisplatform. Op dit digitale platform wordt een overzicht gegeven van de onderwerpen en uitgangsvragen van de richtlijn. Vervolgens wordt aan de hand van deze onderwerpen en uitgangsvragen de richtlijn per module weergegeven. Per module zijn ook de 'Toelichting' en 'Overige informatie' toegankelijk. De samenvatting met de belangrijkste aanbevelingen is op het Kennisplatform als pdf beschikbaar als bijlage van de richtlijn.

Naast publicatie op het Kennisplatform wordt aandacht aan de richtlijn besteed middels diverse communicatiekanalen, zoals digitale nieuwsberichten, sociale media, artikelen in vaktijdschriften en presentaties op (internationale) congressen en symposia. Ook andere autoriserende partijen worden aangemoedigd om over het verschijnen van de richtlijn te communiceren. Ook tijdens het ontwikkelproces wordt middels bovengenoemde kanalen al aandacht gegeven aan het richtlijnontwikkelproces.

De richtlijnadviseur en de inhoudsdeskundig wetenschapper schrijven een Engelstalig artikel over de richtlijn en bieden dit aan aan een internationaal peer-reviewed tijdschrift.

Ter bevordering van de internationale positie wordt de richtlijn in het Engels vertaald. Tevens heeft de vertaling als doel om het onderwijs aan internationale studenten te verbeteren. Ook de Engelstalige versie wordt op het Kennisplatform geplaatst en daarnaast voor publicatie aangeboden aan websites van het *Guidelines International Network* (GIN), de *(ER-)WP* en in de PEDRO-database.

4.6.2 Het implementatieplan opstellen

In de laatste fase van de richtlijnontwikkeling wordt gestart met het opstellen van het implementatieplan. Dit implementatieplan bevat minstens de volgende aspecten:

- a. **Betrokken stakeholders bij implementatie.** Er wordt een overzicht gemaakt van belangrijke organisaties die een rol kunnen spelen bij de implementatie van de richtlijn. Dit kunnen bijvoorbeeld (beroeps)verenigingen, samenwerkingspartners, netwerken, stichtingen, patiëntenverenigingen, onderwijsinstellingen of ICT-leveranciers zijn.
- b. **Kernaanbevelingen.** In een werkgroepvergadering worden kernaanbevelingen vastgesteld. Het zijn de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn, doorgaans drie tot zes, die naar de mening van de werkgroep zéker geïmplementeerd dienen te worden. Het aantal staat niet vast, maar een beperkt aantal kernaanbevelingen bewaakt de focus en verhoogt de impact van het implementatieproces. Aan de overige aanbevelingen wordt ook aandacht besteed tijdens de implementatiefase, maar minder prominent.
- c. **Belemmerende en bevorderende factoren.** Er wordt op micro-, meso- en macroniveau een analyse gemaakt van de factoren die implementatie van de kernaanbevelingen positief of negatief kunnen beïnvloeden, met als determinanten: innovatie, de gebruiker, de organisatie en de sociaal-politieke omgeving (Fleuren 2014).
- d. **Implementatiedoelstellingen.** Voor iedere determinant worden SMART-implementatiedoelstellingen geformuleerd.
- e. **Implementatiestrategieën.** Een of meer strategieën worden beschreven om de implementatiedoelstellingen te behalen. Het geniet de voorkeur om meerdere strategieën te combineren om de effectiviteit van de implementatie te bevorderen.
- f. **Implementatieproducten en -activiteiten.** Een concrete beschrijving van het product/de activiteit en de wijze waarop het product/de activiteit bijdraagt aan de implementatiestrategie. Ook is opgenomen wie het product ontwikkelt/de activiteit organiseert, welk budget hiervoor beschikbaar is en welke tijdsplanning wordt gehanteerd.
- g. **Evaluatie.** Dit betreft een beschrijving van wanneer en op welke wijze de implementatiedoelstellingen geëvalueerd worden en op welke wijze die evaluatie kan leiden tot een aanpassing van de implementatiestrategie.

4.6.3 Implementatieproducten en -activiteiten ontwikkelen

De producten en activiteiten uit het implementatieplan richten zich primair op de kernaanbevelingen, maar ook aan de overige aanbevelingen wordt aandacht besteed.

Veelgebruikte implementatieproducten en -activiteiten zijn:

- a. **Kennisplatform.** Het inrichten van een themapagina op het KNGF Kennisplatform, waarop fysiotherapeuten naast de richtlijn, ook andere (verwijzingen naar) relevante informatie kunnen vinden, zoals de samenvattingskaart, het scholingsaanbod, gerelateerde richtlijnen, video's, artikelen en tools.
- b. **Patiënteninformatie.** In samenwerking met de bij de richtlijn betrokken patiëntenorganisatie wordt patiënteninformatie opgesteld. Waar mogelijk wordt bestaande informatie gebruikt of wordt daarnaar verwezen. Denk aan informatie op thuisarts.nl of websites van patiëntenverenigingen. De patiënteninformatie wordt geplaatst op de consumentensite 'defysiotherapeut.com'.
- c. **Scholing.** Voor de implementatie van de richtlijn ontwikkelt en/of faciliteert het KNGF geaccrediteerde scholingsactiviteiten, zoals (online) lezingen of cursussen. Voor de ontwikkeling van deze scholing wordt samengewerkt met didactisch geschoolde inhoudsdeskundigen.
- d. **E-learning.** Het KNGF ontwikkelt een geaccrediteerde on demand e-learning om fysiotherapeuten op ieder moment de gelegenheid te geven hun kennis van de inhoud van de richtlijn en het kunnen toepassen van deze kennis in casuïstiek te vergroten. Een eindtoets sluit de e-learning af. Voor de ontwikkeling van een e-learning wordt samengewerkt met didactisch geschoolde inhoudsdeskundigen.

4.6.4 Producten ter ondersteuning van de kenniscyclus en de kwaliteitscyclus

Naast de ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de richtlijn worden indien relevant en haalbaar aanvullende producten ontwikkeld ter ondersteuning van de kwaliteitscyclus. Het gaat bijvoorbeeld om de signalering van kennislacunes en de ontwikkeling van indicatoren.

Overzicht kennislacunes

Binnen richtlijnen spreekt men van kennislacunes wanneer het literatuuronderzoek onvoldoende wetenschappelijk bewijs toont en deze lacune het maken van een afweging tussen gewenste en ongewenste effecten belemmert. Het kan zijn dat er helemaal geen studies zijn gevonden die aansluiten op de uitgangsvraag, of dat het vertrouwen in het bewijs van de gevonden studies onvoldoende is.

De kennislacunes die tijdens het project worden gesignaleerd, worden tijdens of aan het einde van de ontwikkelfase door de richtlijnadviseur en inhoudsdeskundige beschreven in een bijlage 'Overzicht kennislacunes' bij de richtlijn. Kennislacunes worden in deze bijlage beschreven wanneer zo'n lacune een belangrijke klinische vraag betreft, indien nieuw onderzoek gevolgen heeft voor de richtlijn (de aanbeveling kan inhoudelijk van richting veranderen of de sterkte van een aanbeveling verandert, een zwakke aanbeveling kan een sterke aanbeveling worden), als de uitkomsten van dit onderzoek in potentie de kwaliteit van zorg verbeteren, en als de kennislacunes wetenschappelijk te onderzoeken zijn.

Na het opstellen van de kennislacunes worden deze door de werkgroep geprioriteerd en in een bijlage bij de richtlijn gepubliceerd. Ze kunnen vervolgens gebruikt worden bij bijvoorbeeld het opstellen van kennisagenda's. Zie [IQ Healthcare 2013 HARING-tools – Kennislacunes](#) voor meer informatie over kennislacunes bij richtlijnen (IQ Healthcare 2013).

Indicatoren

Op basis van de kernaanbevelingen in de richtlijn kan ervoor gekozen worden om indicatoren te ontwikkelen ten behoeve van evaluatie en kwaliteitsverbetering. Indicatoren kunnen op generiek niveau inzicht bieden in de geleverde zorg om zo bijvoorbeeld de implementatie van een richtlijn te monitoren. Ook kunnen indicatoren de individuele fysiotherapeut (of praktijk) inzicht geven in het eigen handelen. Het ontwikkelen en testen van indicatoren is enkel mogelijk als hier financiële middelen voor zijn.

5 Referenties

- Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden. AQUA-Leidraad. Den Haag: Zorginstituut Nederland 2021. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>.
- AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. 2009. Beschikbaar via: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf.
- Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016b;353:i2089.
- Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016a;353:i2016.
- Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013a;66(7):719-725.
- Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013b Jul;66(7):726-735.
- Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care*. 2014;26:501-10.
- GRADE online learning modules. McMaster University. Beschikbaar via: <http://cebgrade.mcmaster.ca/>. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- GRADE Working Group. Education and debate. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1-8. Beschikbaar via: www.gradeworkinggroup.org/. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- GRADEpro GDT. GRADE's software for summary of findings and guidelines. Beschikbaar via: <http://grade.pro.org>. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- Hendriks HJM, van Ettehoven H, Reitsma ER, Verhoeven ALJ, van der Wees PJ. Centrale richtlijnen in de fysiotherapie. *Ned Tijdschr Fysiother* 1996;106:2-11.

- Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021). Cochrane 2021. Beschikbaar via: www.training.cochrane.org/handbook. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- IQ healthcare. De HARING-tools: Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. 2013. Beschikbaar via: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>.
- IQ healthcare. Kennislacunes in Richtlijnen. 2013. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Kennislacunes+in+richtlijnen.pdf>.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie – het College Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (College KRF NL). Beleidsdocument Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL. versie 9.0. Amersfoort: KNGF; 2020. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/krf-nl/beleidsdocument-krf-nl>.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Beleidskader Overige KNGF evidence-based producten 2023. Kaders voor ontwikkeling, definitie, juridische status & methodiek. Amersfoort: KNGF; 2023.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. KNGF-Leidraad Externe Richtlijnen 2020. Amersfoort: KNGF; 2020. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/externe-richtlijnen/kngf-leidraad-externe-richtlijnen-versie-2-23122020.pdf>.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Video's Richtlijnontwikkeling: Algemene uitleg over richtlijnen; Fase 1: Voorbereiding; Fase 2: Ontwikkeling; Fase 3: Commentaar en autorisatie, en; Fase 4: Disseminatie en implementatie. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen> (kngf.nl).
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling, 2012, versie 2017. Beschikbaar via: <https://storage.knaw.nl/2022-08/Gedragcode-belangenverstrengeling-januari-2017.pdf>.
- Munthe-Kaas HM, Booth A, Sommer I, et al. Developing CAMELOT for assessing methodological limitations of qualitative research for inclusion in qualitative evidence syntheses. *Cochrane Ev Synth.* 2024; 2:e12058.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
- Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Updated October 2013. Beschikbaar via: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008. Beschikbaar via: <https://www.bmj.com/content/bmj/358/bmj.j4008.full.pdf>.
- Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019; 366: l4898. (Cochrane RoB 2).
- Swinkels RAHM, Meerhoff GA, Beekman E, Beurskens AJHM. Raamwerk Klinimetrie voor evidencebased producten. Amersfoort: KNGF; 2015.
- Wees PJ van der, Hendriks HJM, Heldoorn M, Custers JWH, de Bie RA (2007). Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF-richtlijnen; versie 2.5. Amersfoort/ Maastricht: KNGF. ISBN: 978-90-76285-03-0.

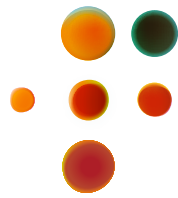
- Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle–Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta–analyses. 2014. Instrument beschikbaar via: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf. Voor meer informatie zie: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Geraadpleegd op 13 december 2021.
- Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS–2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. *Ann Intern Med* 2011;155:529–536. Instrument beschikbaar via: <https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/quadas/migrated/documents/quadas2.pdf>.
- Zorginstituut Nederland. Tool GRADE voor diagnostiek. 2018. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Tool+GRADE+voor+diagnostiek+20180630.pdf>.
- Zorginstituut Nederland. Tool GRADE voor interventies. 2022. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Tool+GRADE+voor+interventies.pdf>.
- Zorginstituut Nederland. Rapport: GRADE–methodiek voor diagnostische tests en teststrategieën. 2015. Beschikbaar via: <https://nl.gradeworkinggroup.org/docs/GRADE-methodiek-voor-diagnostische-tests-en-teststrategieen-2015.pdf>.

Colofon

© 2024 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

Alle copyrightrechten voorbehouden. Uit deze publicatie kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke en correcte bronvermelding.



De beroepsvereniging van fysiotherapeuten