

# KNGF-richtlijnenmethodiek 2022

Ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen

Versie 3

Auteurs

Hilde Vreeken, MSc

Mitchell van Doormaal, MSc

Daniëlle Conijn, MSc

Guus Meerhoff, MSc

Nynke Swart, PhD

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Amersfoort, januari 2022

Deze publicatie is beschikbaar via [kngf.nl/kennisplatform](https://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 fysiotherapeuten van Nederland

KNGF-richtlijnenmethodiek 2022 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 3. Amersfoort: KNGF; 2022.

# Inhoudsopgave

<b>1 Inleiding</b>	5
1.1 KNGF-richtlijnen	5
1.2 KNGF-richtlijnenmethodiek	6
<b>2 Organisatiestructuur</b>	7
2.1 Bestuur KNGF	9
2.2 Afdeling Kwaliteitsbeleid KNGF	9
2.3 Richtlijnadviseurs	9
2.3.1 De richtlijnadviseur in de rol van projectleider en procesbegeleider	10
2.3.2 De richtlijnadviseur in de rol van richtlijnmethodoloog	10
2.4 Implementatiedeskundige	11
2.5 Inhoudsdeskundig wetenschapper(s)	12
2.6 Werkgroep	12
2.7 Klankbordgroep	14
2.8 Fysiotherapeuten	15
2.9 Patiënten	16
2.10 Externe partijen	16
2.11 Overige KNGF-afdelingen	17
2.12 Auteurschap	17
2.13 Samenwerking KNGF en VvOCM	17
<b>3 KNGF-richtlijnenbeleid</b>	18
3.1 De actualiteit van richtlijnen bewaken en richtlijnen onderhouden	18
3.2 Behoeftepeiling houden en de richtlijnagenda opstellen	18
3.3 Het bestuur adviseren ten aanzien van opname van richtlijnprojecten in het KNGF-jaarplan	19
<b>4 KNGF-richtlijnproject: Ontwikkeling en implementatie van een KNGF-richtlijn</b>	20
4.1 Voorbereidingsfase	20
4.1.1 Vormen van de projectgroep	20
4.1.2 Uitvoeren van een knelpuntenanalyse	21
4.1.3 Bepalen van het raamwerk van de richtlijn	22
4.1.4 Vaststellen van het raamwerk	23
4.2 Ontwikkelfase	24
4.2.1 Uitwerken van uitgangsvragen	24
4.2.2 Definitief vaststellen van de modules	29
4.2.3 Schrijven van de samenvatting	30
4.2.4 Samenstellen van de conceptrichtlijn	30

## Inhoudsopgave

4.3	Commentaarfase	30
4.3.1	Gestalte geven aan de commentaarronde en de werkveldronde	30
4.3.2	Verzamelen van het commentaar	30
4.3.3	Verwerken van het binnengekomen commentaar	31
4.3.4	Redigeren van de definitieve richtlijn	31
4.4	Autorisatiefase	31
4.4.1	Aanbieden van de richtlijn aan het KNGF-bestuur	31
4.4.2	Aanbieden van de richtlijn aan externe partijen	31
4.5	Disseminatie- en implementatiefase	31
4.5.1	Bekendheid geven aan de richtlijn (disseminatie)	32
4.5.2	Opstellen van een implementatieplan	32
4.5.3	Ontwikkelen van implementatieproducten en -activiteiten	33
4.5.4	Ontwikkelen van aanvullende producten	33
<b>5</b>	<b>Referenties</b>	<b>34</b>

# 1 Inleiding

Het KNGF ontwikkelt een groot aantal producten waarin wetenschappelijke evidentie wordt omgezet naar praktisch hanteerbare en toepasbare producten, evidence-based products genaamd. Deze producten zijn primair gericht op de fysiotherapeut. Voorbeelden van evidence-based products betreffen evidence statements (zoals de 'Evidence Statement Acut knieletsel', 2015), standaarden voor beweeginterventies en KNGF-richtlijnen.

Het KNGF participeert 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, waarbij het KNGF is uitgenodigd deel te nemen aan de ontwikkeling of herziening daarvan.

## 1.1 KNGF-richtlijnen

Onder een richtlijn verstaat de [AQUA-Leidraad](#): '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 (potentiële) zorggebruikers bij het maken van keuzes rond zorg. Daarnaast kunnen fysiotherapeuten de richtlijn gebruiken voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden en voor het opstellen van (multidisciplinaire) samenwerkingsafspraken. 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 standaarden en vallen daardoor ook onder de *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*.

Het KNGF heeft de afgelopen jaren verschillende KNGF-richtlijnen ontwikkeld en herzien. Sinds 2018 zijn de KNGF-richtlijnen ontwikkeld in samenwerking met de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Een overzicht van de KNGF-richtlijnen is weergegeven in de volgende tabel.

### Overzicht van de KNGF-richtlijnen

Richtlijnen	Jaar
Artrose heup-knie	2018
Beroerte	2014
COPD	2020
Enkelletsel	2006





Fysiotherapeutische dossiervoering	2020
Hartrevalidatie	2011
Klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS)	2010
Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	2021
Meniscectomie	2006
Nekpijn	2016
Osteoporose	2011
Parkinson	2017
Reumatoïde artritis	2018
Stress (urine-)incontinentie	2011
Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden	2014
Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn	2010

KNGF-richtlijnen zijn van grote waarde (gebleken) bij de opname van fysiotherapie in externe richtlijnen. Alle KNGF-richtlijnen, externe richtlijnen en andere evidence-based products zijn beschikbaar via [kngf.nl/kennisplatform](https://kngf.nl/kennisplatform).

## 1.2 KNGF-richtlijnenmethodiek

Deze KNGF-richtlijnenmethodiek geeft een beschrijving van het beleid rond, en de ontwikkeling en implementatie van, KNGF-richtlijnen en is uitsluitend van toepassing op KNGF-richtlijnen. De overige evidence-based products van het KNGF (het Evidence Statement, de Standaard Beweginginterventie en de externe richtlijnen) vallen buiten de scope van dit document. Deze producten hebben een andere functie en komen op een andere manier tot stand. De KNGF-richtlijnenmethodiek is gebaseerd op de [AQUA-Leidraad](#) (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021) en [AGREE II](#) ('AGREE Next Steps Consortium' 2009). Het doel van de KNGF-richtlijnenmethodiek is te komen tot:

### Praktijkgerichte en toepasbare richtlijnen

Het werkveld van fysiotherapeuten wordt nadrukkelijk betrokken bij het ontwikkeltraject, de richtlijn biedt eenduidige informatie en is opgezet binnen een toegankelijk en praktijkgericht digitaal richtlijnenformat. Tevens is er een intensief implementatieprogramma, dat gelijktijdig met de publicatie van de richtlijn van start gaat.

### Kwalitatief hoogstaande richtlijnen

De richtlijn wordt ontwikkeld volgens de (inter)nationale standaarden ten aanzien van de methodologie en transparantie van richtlijnontwikkeling: de [AQUA-Leidraad](#) (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021) en [AGREE II](#) (AGREE Next Steps Consortium 2009).





### 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 (of onervaren richtlijnadviseurs onder begeleiding van ervaren richtlijnadviseurs) van het KNGF vervullen de rol van procesbegeleider en richtlijnmethodoloog.

Tot 2017 zijn de KNGF-richtlijnen ontwikkeld conform de 'Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF-richtlijnen' (Hendriks 1996; Van der Wees 2007). In 2017 is de 'KNGF-richtlijnenmethodiek' van kracht geworden (KNGF 2017). Jaarlijks beoordeelt het KNGF of een update van deze methodiek 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. De KNGF-richtlijnenmethodiek is daarmee een 'levend' document.

De KNGF-richtlijnenmethodiek betreft de organisatiestructuur, en geeft tevens een taakomschrijving van alle betrokken partijen, het beleid omtrent KNGF-richtlijnen en de ontwikkeling en implementatie van deze richtlijnen aan de hand van een stappenplan.

## 2 Organisatiestructuur

Partij	Rol
1 Bestuur KNGF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is opdrachtgever en autoriserende partij.</li> </ul>
2 KNGF, afdeling Kwaliteitsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is opdrachtnemer.</li> </ul>
3 Richtlijnadviseur(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is procesbegeleider en richtlijnmethodoloog.</li> <li>Ontwikkelt uitgangsvragen en werkt deze uit.</li> <li>Werkt de systematische literatuuronderzoeken uit.</li> <li>Ondersteunt de werkgroep en de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) bij de conceptteksten en het verwerken van de resultaten.</li> <li>Begeleidt de werkgroep en de klankbordgroep.</li> <li>Ondersteunt bij de disseminatie en implementatie van de richtlijn.</li> <li>Ontwikkelt samen met de implementatiedeskundige een implementatieplan en ondersteunt bij de ontwikkeling van implementatieproducten.</li> </ul>
4 Implementatiedeskundige	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkelt samen met de richtlijnadviseur het implementatieplan.</li> <li>Draagt zorg voor de implementatie en de uitvoering van het implementatieplan.</li> <li>Draagt zorg voor de ontwikkeling van implementatieproducten.</li> </ul>
5 Inhoudsdeskundig wetenschapper(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ontwikkelt uitgangsvragen en werkt deze uit.</li> <li>Werkt de systematische literatuuronderzoeken uit.</li> </ul>





6	Werkgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stelt het raamwerk voor de richtlijn op.</li> <li>• Brengt per uitgangsvraag de overwegingen in kaart, weegt de gewenste en ongewenste effecten in het 'evidence-to-decision'proces en stelt aanbevelingen op.</li> <li>• Stelt de conceptrichtlijn op.</li> <li>• Verwerkt de commentaren in de conceptrichtlijn tot de definitieve richtlijn.</li> </ul>
7	Klankbordgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviseert de werkgroep.</li> </ul>
8	Fysiotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebben inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep.</li> <li>• Werken mee aan de ontwikkeling van de richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- via een vertegenwoordiging in de werkgroep en/of de klankbordgroep en/of</li> <li>- door commentaar te leveren op de conceptrichtlijn.</li> </ul> </li> </ul>
9	Patiënten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebben inbreng in de knelpuntinventarisatie bijvoorbeeld via deelname aan een focusgroep en/of de 'invitational conference'.</li> <li>• Werken mee aan de ontwikkeling van de richtlijn via een vertegenwoordiging in de werkgroep en/of klankbordgroep.</li> <li>• Nemen deel aan de commentaarfase.</li> <li>• Autoriseren van de richtlijn via het bestuur van de betrokken patiëntenvereniging of via de Nederlandse Patiëntenfederatie (NPF).</li> </ul>
10	Externe partijen (andere beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, overige stakeholders)*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hebben een inbreng in de knelpuntinventarisatie, bijvoorbeeld via de invitational conference of een focusgroep.</li> <li>• Nemen deel aan de werkgroep en/of klankbordgroep en/of de commentaarronde.</li> <li>• Autoriseren van de richtlijn door het bestuur van de desbetreffende partij.</li> </ul>
11	KNGF, overige afdelingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biedt ondersteuning bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>- redactie van de richtlijn;</li> <li>- communicatie, publicatie, disseminatie en implementatie van de richtlijn;</li> <li>- ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de richtlijn(implementatie)producten.</li> </ul> </li> <li>• Beantwoordt en archiveert vragen van leden over de richtlijn en koppelt inhoudelijke vragen van leden over de richtlijn terug aan de richtlijnadviseur(s).</li> </ul>
12	Auteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genieten het auteurschap.</li> </ul>
13	VvOCM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partij waarmee het KNGF regelmatig gezamenlijk richtlijnen ontwikkelt.</li> </ul>

\* Externe partijen zijn betrokken beroepsgroepen buiten de fysiotherapie.



## 2.1 Bestuur KNGF

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

De specifieke taken van het bestuur van het KNGF zijn:

- formuleren en vaststellen van de opdracht(en) voor de ontwikkeling/herziening en implementatie van KNGF-richtlijnen op basis van de KNGF-richtlijnagenda en opnemen van deze opdracht(en) in het KNGF-jaarplan ter goedkeuring in de Algemene Ledenvergadering (ALV);
- scheppen van voorwaarden voor de uitvoering van de geformuleerde opdracht(en) in de zin van financiële middelen en menskracht;
- benoemen van leden die namens het KNGF zitting nemen in de werkgroep en de klankbordgroep;
- op afstand bewaken van de voortgang van de geformuleerde opdracht(en);
- autoriseren van de definitieve richtlijn.

Een KNGF-richtlijn wordt primair geschreven voor fysiotherapeuten.

## 2.2 Afdeling Kwaliteitsbeleid KNGF

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

## 2.3 Richtlijnadviseurs

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 en van de ontwikkeling van meetinstrumenten (Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden 2021). Een richtlijnadviseur die niet over voldoende kennis en ervaring ten aanzien van bovenstaande beschikt, wordt begeleid door ervaren richtlijnadviseurs van het KNGF.

<sup>a</sup> Een bestaande KNGF-richtlijn 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.

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

### 2.3.1 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 en kwaliteitseisen 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;
- aantrekken van een onafhankelijk voorzitter, en zelf als (technisch) voorzitter fungeren in het geval er geen onafhankelijk voorzitter beschikbaar is;
- organiseren van 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;
- het bestuur informeren over de voortgang van de richtlijn;
- de richtlijn ter autorisatie voorleggen 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.

### 2.3.2 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 en zorg dragen voor de kwaliteit 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);





- inventariseren en analyseren van knelpunten;
- adviseren van de werkgroep over het vertalen van knelpunt naar uitgangsvraag, en van uitgangsvraag naar onderzoeksvraag;
- raadplegen van experts, zoals een informatiespecialist (zoekstrategie), ervaren reviewer (systematisch literatuuronderzoek) of gezondheidseconoom (kosteneffectiviteitsanalyses), indien nodig;
- uitvoeren van systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, samenvatten en wegen van de literatuur) in samenwerking met de inhoudsdeskundig wetenschapper;
- adviseren van de werkgroep bij de interpretatie van resultaten uit het 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 kwaliteitsindicatoren 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(s)

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 senior 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.

Bij voorkeur wordt de systematische zoekactie naar literatuur uitgevoerd binnen het gecontracteerde kennisinstituut om efficiënt gebruik te kunnen maken van de expertise die op het gebied van literatuuronderzoek en ondersteunende faciliteiten daaromtrent aanwezig is, zoals de kennis en expertise van de aldaar werkzame informatiespecialist en licenties voor wetenschappelijke tijdschriften.

Na oplevering van de richtlijn blijft het kennisinstituut in de persoon van de inhoudsdeskundig wetenschapper, verantwoordelijk voor continue monitoring van de wetenschappelijke literatuur en het informeren van de richtlijnadviseur dienaangaande.

De specifieke taken van de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) betreffen:

- een bijdrage leveren aan de knelpuntenanalyse;
- 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 kwaliteitsindicatoren 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 en gevraagd om betrokkenheid te overwegen.

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

**Vanuit het KNGF:**

- ten minste twee fysiotherapeuten met relevante praktijkervaring ten aanzien van 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 en de zoekstrategie;
- uitvoeren van een of meerdere deeltaken (zoals het kritisch meedenken bij het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag);
- meewerken aan en commentariëren van conceptteksten van de richtlijn;
- zorg dragen voor continue terugkoppeling van stappen en besluiten van de werkgroep naar zijn/haar organisatie/achterban.

De werkgroep komt, afhankelijk van de omvang van de richtlijn, circa vijf keer bijeen (eventueel aangevuld met schriftelijke input- of commentaarrondes).

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:
  - de zoekstrategie en selectie van de literatuur;
  - de samenvatting en weging van de literatuur
  - het bespreken van overige overwegingen
  - het wegen 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 belangenverstremming 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 acht tot twaalf 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 meelezen en becommentariëren van de conceptdocumenten;
- zorg dragen voor de terugkoppeling van de stappen en besluiten die genomen zijn door de werkgroep en de klankbordgroep, naar hun organisatie.

Nadat de richtlijnadviseur de klankbordgroep heeft geïnformeerd over de richtlijnenmethodiek en de resultaten van de knelpuntenanalyse, ontvangt de klankbordgroep alle conceptdocumenten. De klankbordgroep geeft feedback op het conceptraamwerk met de afbakening en de uitgangsvragen van de richtlijn, de conceptbeantwoording van uitgangsvragen en de conceptaanbevelingen, en tevens op de conceptringlijn als geheel met bijbehorende bijlagen.

### Vergoeding

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

## 2.8 Fysiotherapeuten

Fysiotherapeuten, ook wel het werkveld genoemd, worden nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van een KNGF-richtlijn.

De specifieke betrokkenheid van de fysiotherapeut betreft:

#### In de voorbereidingsfase:

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

#### In de ontwikkelfase:

- └ deelname aan de werkgroep en/of de klankbordgroep.

#### In de commentaarfase:

- └ commentaar leveren ten aanzien van de inhoud, toepasbaarheid en leesbaarheid van de conceptringlijn;





- 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.

#### 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 gearchiveerd en ingebracht bij de eerstvolgende herziening van de richtlijn. Bij ernstige onjuistheden kan het KNGF besluiten om (een of meerdere 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 Kwaliteitsbeleid hebben andere KNGF-afdelingen een rol in de ontwikkeling, disseminatie en implementatie van de KNGF-richtlijn en de bijbehorende richtlijn(implementatie) producten.

De afdeling Kwaliteitsbeleid 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(s) 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(s) gezamenlijk over de richtlijn publiceren in een (internationaal) wetenschappelijk tijdschrift. De richtlijnadviseur(s) en inhoudsdeskundig wetenschapper(s) publiceren in gezamenlijkheid, waarbij altijd afstemming plaatsvindt tussen 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

Een KNGF-richtlijn kan gezamenlijk met de Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) worden ontwikkeld. Indien daarvoor wordt gekozen, is er een actieve en nauwe samenwerking met de VvOCM ten aanzien van het initiëren, coördineren en leiden van het project.

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 ten aanzien van het onderwerp van de richtlijn deel aan de werkgroep;
- neemt ten minste één oefentherapeut met relevante praktijkervaring ten aanzien van het onderwerp van de richtlijn deel aan de klankbordgroep;





legt de richtlijnadviseur de conceptrichtlijn in de commentaarfase voor aan fysiotherapeuten én oefentherapeuten C/M, evenals aan externe partijen, zoals overige beroepsgroepen en andere belanghebbenden die betrokken zijn bij de zorg aan richtlijngerelateerde patiëntengroep(en);  
is zowel het bestuur van de VvOCM als het bestuur van het KNGF de primaire autoriserende partij.

Een richtlijn kan ook samen met een andere partij worden ontwikkeld, zoals een patiëntenvereniging.

## 3 KNGF-richtlijnenbeleid

Het KNGF-richtlijnenbeleid betreft: richtlijnonderhoud, de behoeftepeiling en de richtlijnagenda en het formuleren van een aanbeveling 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 dient als 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 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 geëigende middel is om aan het gesignaleerde knelpunt tegemoet te komen of dat misschien een ander middel hiervoor geschikter 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 -module);
- 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;
- of het reëel is dat de relevante partijen consensus bereiken;
- of de richtlijn op korte termijn kan worden opgenomen 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 -module;
- de mate waarin de huidige richtlijn in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt;
- 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. Deze prioritering wordt vervolgens opgenomen in de richtlijnagenda van het KNGF.

### 3.3 Het bestuur adviseren ten aanzien van opname van richtlijnprojecten in het KNGF-jaarplan

In het KNGF-meerjarenbeleidsplan is budget gereserveerd voor de ontwikkeling of herziening van een of meerdere richtlijn(modules). 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.

Op basis van dit advies, en na hernieuwde raadpleging van de betrokken partijen en een positief advies van het Consilium, neemt het bestuur het betreffende richtlijnproject op in het conceptjaarplan van het eerstvolgende kalenderjaar.

In het conceptjaarplan worden de beoogde relevante betrokkenen en externe partijen, de activiteiten binnen het richtlijnproject en de globale projectplanning en -begroting concreet beschreven voor dat komende jaar. Tevens wordt beschreven op welke wijze deze activiteiten aansluiten op de missie en visie van het KNGF-meerjarenbeleidsplan.

Het conceptjaarplan met de voorgenomen plannen wordt ter accordering voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering (ALV). Na akkoord van de ALV wordt het voorgestelde richtlijnproject in het eerstvolgende kalenderjaar gestart.

## 4 KNGF-richtlijnproject: Ontwikkeling en implementatie van een KNGF-richtlijn

Het richtlijnproject doorloopt vijf fasen: de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase, de commentaarfase, de autorisatiefase en de disseminatie- en implementatiefase. De fasen worden niet volledig sequentieel doorlopen.

### 4.1 Voorbereidingsfase

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

#### 4.1.1 Vormen van de projectgroep

De projectgroep bestaat uit de richtlijnadviseur, de inhoudsdeskundig wetenschapper(s), de werkgroep en de klankbordgroep. In deze fase worden ieders taken en verantwoordelijkheden besproken en formeel vastgelegd.

#### Aanstellen van de inhoudsdeskundig wetenschapper(s)

De richtlijnadviseur benadert (een) inhoudsdeskundig wetenschapper(s) 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.

De inhoudsdeskundig wetenschapper(s) is (zijn) bij voorkeur verbonden aan een kennisinstituut. De richtlijnadviseur neemt ook contact op met het betreffende kennisinstituut. De samenwerking en afspraken die zijn gemaakt met de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) en het kennisinstituut, worden contractueel met het kennisinstituut vastgelegd.

#### Samenstellen van de werkgroep en de klankbordgroep

De richtlijnadviseur stelt, zo mogelijk in overleg met de inhoudsdeskundig wetenschapper(s), 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. De richtlijnadviseur benadert deze partijen en/of personen en informeert hen over de taken waarmee deelname aan de werkgroep of klankbordgroep gepaard gaat. De samenstelling van de werkgroep en de klankbordgroep wordt beschreven in de richtlijn. Hierbij wordt van elk lid naam, relevante deskundigheid (discipline / inhoudelijke expertise), de verbonden organisatie en/of instelling, plaats en rol in de werkgroep (bijvoorbeeld voorzitter) vermeld.

Aspirant-leden van de werkgroep en de klankbordgroep worden geïnformeerd over de Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling en wordt gevraagd de belangenverklaring te ondertekenen voor aanvang van de eerste bijeenkomst.

Alvorens de werkgroepleden worden geïnstalleerd, beoordeelt de richtlijnadviseur in overleg met de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) aan de hand van de belangenverklaringen of er sprake is van onwenselijke conflicterende belangen van de afzonderlijke leden. Indien nodig wordt op grond hiervan voor een andere afgevaardigde gekozen of worden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling zo veel mogelijk te voorkomen.

Tevens worden leden van de werkgroep en de klankbordgroep die namens het KNGF zitting nemen, voorgedragen aan het KNGF-bestuur om goedkeuring voor deelname te verkrijgen. Afgevaardigden van een andere beroepsvereniging, een organisatie of een instituut leggen een ingevuld mandaatformulier voor aan de richtlijnadviseur.

Mogelijk benadert de richtlijnadviseur meer of andere partijen nadat de werkgroep en de klankbordgroep de doelgroep en de uitgangsvragen van de richtlijn definitief hebben vastgelegd in het raamwerk van de richtlijn. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij richtlijnen die gericht zijn op complexe ziektebeelden.

#### **Bespreken van taken en verantwoordelijkheden**

De richtlijnadviseur geeft aan de werkgroep en de klankbordgroep afzonderlijk een toelichting op de beoogde taken en verantwoordelijkheden van de betreffende groep. Ook worden aan de hand van de belangenverklaringen de eventuele conflicterende belangen toegelicht en wordt besproken hoe hiermee om te gaan. Daarnaast licht de richtlijnadviseur de richtlijnenmethodiek toe.

#### **4.1.2 Uitvoeren van een knelpuntenanalyse**

De knelpuntenanalyse krijgt vorm door een raadpleging van fysiotherapeuten, patiënten en stakeholders die voor de richtlijn relevant zijn, door het systematisch bevragen van de werkgroep en de klankbordgroep, en door vanuit de literatuur (geaggregeerde) informatie over het onderwerp van de richtlijn te verzamelen, om op basis van al deze informatie een knelpuntenanalyse uit te kunnen voeren.

#### **Uitgebreide raadpleging houden van de praktijk, patiënten en stakeholders**

Ten behoeve van een knelpuntenanalyse raadpleegt de richtlijnadviseur fysiotherapeuten, patiënten en stakeholders over zorginhoudelijke vraagstukken en vraagstukken rond de organisatie van zorg. De activiteiten en methoden die de richtlijnadviseur daartoe selecteert, zijn afgestemd op de betreffende richtlijn, en kunnen gesprekken/interviews met de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) omvatten, een inventarisatie onder werkgroepleden en klankbordgroepleden, focusgroepdiscussies met fysiotherapeuten en patiënten, een landelijke 'invitational conference', interviews en/of vragenlijstonderzoek/enquêtes, onderzoek naar uitkomsten van kwaliteitsregistratie in de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) en/of uitkomsten van 'peer review' spiegelbijeenkomsten, zoals het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF), intervisie en kwaliteitsvisitatie, of via lokale werkbezoeken. Vanuit al deze informatie worden knelpunten geïnventariseerd en geanalyseerd, die de basis vormen voor de uitgangsvragen van de richtlijn. Tevens wordt specifiek gevraagd naar mogelijke knelpunten ten aanzien van standaardonderwerpen: anamnese en lichamelijk onderzoek, rode vlaggen, start-/stopcriteria, inhoud en vormgeving van oefentherapie en inzet van meetinstrumenten. Ervaren knelpunten worden

opgenomen in het raamwerk en in een module uitgewerkt. Zijn er geen knelpunten (consensus), dan worden de standaardonderwerpen kort beschreven in de inleiding van de richtlijn en wordt het onderwerp niet in een aparte module uitgewerkt.

De richtlijnadviseur legt de uitkomst van de knelpuntenanalyse voor aan de werkgroep, die op basis daarvan de uitgangsvragen zal gaan formuleren.

#### **Uitvoeren van oriënterend literatuuronderzoek**

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 er meer inzicht verkregen in het onderwerp van de richtlijn en de recente ontwikkelingen dienaangaande.

Het oriënterend literatuuronderzoek richt zich op bestaande (inter)nationale richtlijnen en systematische literatuurstudies. Hierbij worden onder andere [PEDro](#), de [GIN-library](#), de [TRIP-database](#), de [Cochrane Library – Cochrane Database of Systematic Reviews](#) en systematische reviews in [Europe PubMed Central](#) (EPMC) geraadpleegd.

#### **4.1.3 Bepalen van het raamwerk van de richtlijn**

Op basis van de bevindingen van de knelpuntenanalyse en de beschikbare kennis en middelen wordt het raamwerk van de richtlijn opgesteld. Het raamwerk beschrijft de afbakening van de richtlijn, geeft weer welke uitgangsvragen in de richtlijn worden opgenomen en beschrijft op welke wijze de patiëntengroep bij de ontwikkeling van de richtlijn wordt betrokken. Op basis van het raamwerk worden mogelijk meer organisaties/verenigingen uitgenodigd om in de ontwikkeling van de richtlijn te participeren.

#### **De richtlijn afbakenen**

Afbakening betreft doel, onderwerp en doelgroep, en beoogde gebruikers van de richtlijn. Deze wordt beschreven in de inleiding van de richtlijn.

#### **Het doel van de richtlijn**

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 en de doelgroep van de richtlijn**

Het onderwerp en de doelgroep (doelpopulatie) van de richtlijn worden beschreven aan de hand van eigenschappen van de patiëntengroep waar de richtlijn zich op richt, zoals leeftijd, geslacht, klinisch beeld, klinisch probleem, ernst of stadium van de ziekte en comorbiditeit. Indien van toepassing wordt ook beschreven op welke populaties de richtlijn expliciet niet van toepassing is (bijvoorbeeld kinderen).

#### **Beoogde gebruikers van de richtlijn**

De beoogde primaire gebruikers van de richtlijn zijn fysiotherapeuten. Afhankelijk van het richtlijnonderwerp kunnen ook andere beoogde gebruikers worden benoemd, zoals patiënten, huisartsen, verpleegkundigen, bepaalde medisch-specialistische disciplines, beleidsmakers.

### Uitgangsvragen formuleren en prioriteren

Op basis van de knelpunten worden uitgangsvragen geformuleerd. De uitgangsvragen worden opgesteld door de werkgroep en betreffen het diagnostisch proces, het therapeutisch proces en/of de organisatie van zorg.

De uitgangsvragen worden daarna geprioriteerd. 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 keuze van de definitieve uitgangsvragen ligt bij werkgroep.

De uitgangsvragen worden gedetailleerd beschreven. In elke uitgangsvraag wordt het volgende gespecificeerd: doelgroep, interventie(s) of blootstelling, (indien van toepassing) vergelijkende interventies of factor(en), uitkomst(en), setting in de gezondheidszorg of de context.

De inhoudsdeskundig wetenschapper(s) en de richtlijnadviseur zijn ook verantwoordelijk voor het bepalen van de strategie om te komen tot beantwoording van de uitgangsvragen. Voor elke uitgangsvraag wordt, indien mogelijk, de literatuur systematisch uitgewerkt. Beperkte tijd en beperkte middelen binnen een richtlijnproject kunnen het noodzakelijk maken dat de inhoudsdeskundig wetenschapper(s) en de richtlijnadviseur het systematisch literatuuronderzoek op pragmatische wijze uitvoeren.

### De participatie van patiënten bij de richtlijnontwikkeling vormgeven

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

- ervaren knelpunten inventariseren bij patiënten met behulp van interviews, focusgroep-discussies en/of enquêtes;
- literatuuronderzoek uitvoeren naar de wensen en voorkeuren van patiënten;
- deelname van (vertegenwoordigers van) patiënten aan de richtlijnwerkgroep en/of klankbordgroep, en/of
- deelname van (vertegenwoordigers van) patiënten aan de commentaarronde.

De informatie die over het patiëntperspectief is verzameld, wordt weergegeven in een bijlage bij de richtlijn, inclusief een beschrijving van hoe de informatie is gebruikt in het richtlijnontwikkelingsproces en bij de formulering van de aanbevelingen.

De wijze waarop informatie over het patiëntperspectief is verzameld en meegenomen, en de wijze waarop patiënten(vertegenwoordigers) participeren in de ontwikkeling van de richtlijn, is opgenomen in de inleiding van de richtlijn.

#### 4.1.4 Vaststellen van het raamwerk

De werkgroep legt het raamwerk ter becommentariëring voor aan de klankbordgroep in haar adviserende rol. Na verwerking van het commentaar van de klankbordgroep, geeft de werkgroep (schriftelijk) akkoord en wordt het raamwerk definitief. Dit definitieve raamwerk wordt vervolgens ter informatie voorgelegd aan de klankbordgroep.

## 4.2 Ontwikkelfase

Tijdens de ontwikkelfase worden de uitgangsvragen die zijn vastgelegd in het raamwerk uitgewerkt in richtlijnmodules. De uitwerking van één uitgangsvraag vormt in de richtlijn één module. Nadat de modules zijn vastgesteld wordt ook de samenvatting van de richtlijn opgesteld. Ter afsluiting van deze fase worden de verschillende modules samengevoegd tot de conceptrichtlijn.

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

### 4.2.1 Uitwerken van uitgangsvragen

De uitgangsvragen worden uitgewerkt op basis van systematisch literatuuronderzoek en overige overwegingen. Middels het doorlopen van een proces, het 'evidence-to-decision'proces, komt de werkgroep van bewijs naar aanbeveling.

#### Systematisch literatuuronderzoek uitvoeren

Per uitgangsvraag wordt een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd door de richtlijnadviseur en de inhoudsdeskundig wetenschapper(s). Deze systematische uitwerking is zo veel mogelijk gebaseerd op de PRISMA 2020 Checklist (Page 2021). Maar gezien de beperkte tijd en middelen binnen een richtlijnproject wordt op pragmatische wijze (zoals het gebruik van bestaande richtlijnen en systematische reviews) steeds de best mogelijke aanpak gekozen.

Het literatuuronderzoek vindt plaats voorafgaand aan de werkgroepbijeenkomst waarin de desbetreffende uitgangsvraag wordt besproken.

Als een systematisch literatuuronderzoek niet de aangewezen methode is om te komen tot beantwoording van de uitgangsvraag (denk aan een uitgangsvraag over de organisatie van zorg) bestaat de onderbouwing uit alleen de overwegingen. Dit is ook het geval wanneer systematisch literatuuronderzoek niet haalbaar is binnen de voor de richtlijn beschikbaar gestelde tijd en middelen. Wanneer er geen literatuuronderzoek is uitgevoerd, wordt dit beschreven in de betreffende module.

Het literatuuronderzoek bestaat uit de volgende stappen: vaststellen van de patiëntrelevante uitkomstmaten, uitvoeren van een systematische zoekactie (literatuursearch), selecteren van de literatuur, beschrijven van de karakteristieken, resultaten en methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies, samenvatten van de resultaten en beoordelen en wegen van de bewijskracht.

#### Patiëntrelevante uitkomstmaten vaststellen

Voorafgaand aan het systematisch literatuuronderzoek worden per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vastgesteld en onderverdeeld in cruciale en belangrijke uitkomstmaten.

#### Systematische zoekactie (literatuursearch) uitvoeren

Op basis van de definitieve uitgangsvragen formuleert de richtlijnadviseur samen met de inhoudsdeskundige en/of het betrokken werkgroeplid de zoekstrategie voor het literatuuronderzoek (o.a. zoektermen, zoekperiode en in- en exclusiecriteria). Hiervoor maakt



de richtlijnadviseur onder meer gebruik van sleutelartikelen die zijn aangedragen door het werkgroep lid met expertise op het gebied van de uitgangsvraag en/of de inhoudsdeskundige. In de richtlijn wordt de zoekstrategie (o.a. de databases waarin gezocht is, de zoektermijn en de belangrijkste MeSH-termen) kort beschreven. Daarnaast wordt verwezen naar de volledige zoekstrategie die is opgenomen in de bijlage van de richtlijn.

Bij uitgangsvragen over de effectiviteit van interventies wordt, afhankelijk van de omvang van de beschikbare evidentie, stapsgewijs gezocht naar:

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

Bij onvoldoende bewijs en/of bij andersoortige uitgangsvragen kan gekozen worden voor een systematische zoekactie naar andersoortige studies.

#### Literatuur selecteren

Vooraf opgestelde criteria op grond waarvan selectie van de gevonden literatuur plaatsvindt, worden duidelijk beschreven, en omvatten: studieontwerp (bijv. RCT), kenmerken van de patiëntenpopulatie, interventies, controlegroepen (indien relevant), patiëntrelevante uitkomsten (zowel gewenste als ongewenste effecten), taal (ten minste Nederlands en Engels), context of setting (indien relevant) en exclusiecriteria. Voor de uiteindelijke zoekstrategie kan advies worden ingewonnen bij een informatiespecialist van het kennisinstituut dat bij de richtlijn is betrokken. De literatuursearch wordt verricht in elektronische databases, zoals PubMed, EMBASE, PEDRO en Cochrane Library. Met behulp van de sleutelartikelen kan gecontroleerd worden of de zoekopdracht volledig is. Wanneer dit niet het geval is, wordt de zoekstrategie aangepast. De eerste selectie vindt plaats op basis van titel en abstract van de gevonden artikelen en een tweede selectie op basis van het screenen van de volledige artikelen. Op pragmatische gronden vindt de literatuurselectie door één persoon plaats; 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.

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

#### Karakteristieken, resultaten en methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies beschrijven

De karakteristieken en resultaten van de geselecteerde studies worden door één persoon geëxtraheerd en weergegeven in een evidencetabel. 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.

De methodologische kwaliteit, 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 door één persoon in kaart gebracht. Bestaande systematische reviews (SR's) worden beoordeeld met de AMSTAR 2 (Shea 2017; <https://amstar.ca/>); gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (RCT's) wordt beoordeeld met de 'Cochrane risk-of-biastool', niet-gerandomiseerd vergelijkend onderzoek (CCT's) en observationeel onderzoek met de 'Newcastle-Ottawa Scale' en 'diagnostic test accuracy' (DTA) studies met de QUADAS-2.

### De resultaten samenvatten

De resultaten van de geïnccludeerde studies worden per uitkomstmaat (en niet per studie) samengevat en literatuurconclusies worden per uitkomstmaat geformuleerd. Een literatuurconclusie beschrijft zowel de grootte van het geschatte effect als de bewijskracht.

De grootte van het effect wordt beoordeeld op basis van de klinische relevantie met behulp van de 'minimal clinically important difference' (MCID). Bij continue uitkomstmaten wordt de grootte van het effect weergegeven in de effectgrootte (effect size, een statistische maat voor hoe sterk het effect van een behandeling is op een populatie) en beschreven aan de hand van de vuistregels van Sawilowsky (2009) voor interpretatie van de bekendste maat voor de effectgrootte, de Cohens 'd'.

#### Vuistregels voor interpretatie van effectgrootte Cohens 'd' (Sawilowsky 2009)

d (0,01)	=	erg klein effect
d (0,2)	=	klein effect
d (0,5)	=	redelijk groot effect
d (0,8)	=	groot effect
d (1,2)	=	erg groot effect
d (2,0)	=	enorm effect

De literatuurconclusie geeft naast de grootte van het effect ook de bewijskracht weer. Deze bewijskracht geeft aan hoe waarschijnlijk het wordt geacht dat het werkelijke effect dicht in de buurt van het geschatte effect ligt.

### De bewijskracht beoordelen en wegen

De bewijskracht van de literatuur wordt beoordeeld door de richtlijnadviseur of inhoudsdeskundig wetenschapper met behulp van de GRADE-systematiek (GRADE: 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'; [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)). Afhankelijk van de uitgangsvraag wordt gebruikgemaakt van [GRADE voor interventies](#), [GRADE voor diagnostiek](#) of [GRADE voor kwalitatieve studies \(GRADE-CERQual\)](#).

In de GRADE-systematiek wordt per uitkomstmaat de kwaliteit van het bewijs bepaald aan de hand van vijf criteria.

#### Criteria van GRADE voor het bijstellen van de kwaliteit van bewijs (Higgins 2021)

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

- beperkingen in de opzet en de 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 surrogaat uitkomstmaten (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.

De kwaliteit van 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 de kwaliteit van bewijs. Bron: Zorginzicht.nl – Tool GRADE voor interventies

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

Eerst wordt per uitkomstmaat afzonderlijk de kwaliteit van bewijs bepaald. Vervolgens wordt de algehele kwaliteit van bewijs bepaald door de cruciale uitkomstmaat met de laagste kwaliteit van bewijs.

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-evidenceprofiel weergegeven. Informatie over het beoordelen van de kwaliteit van bewijs en graderen van de bewijskracht met behulp van de GRADE-systematiek is beschreven in het [GRADE-handboek](#) (Schünemann 2013) en in het Cochrane Handboek (Higgins 2021).

#### 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.

#### Overwegingen beschrijven

In de werkgroep worden behalve de resultaten van het literatuuronderzoek ook de overwegingen besproken. In de sectie 'Overwegingen' worden alle aspecten beschreven die niet reeds vallen onder het systematisch literatuuronderzoek maar wel van belang zijn bij het formuleren van de aanbeveling. Een of meerdere werkgroepleden beschrijven samen met de richtlijnadviseur de

overwegingen die voor de uitgangsvraag van toepassing zijn. De uitgangsvragen worden over de werkgroepleden verdeeld op basis van expertise en interessegebied. De overwegingen worden waar mogelijk onderbouwd met wetenschappelijke of 'grijze' literatuur.

Het is van belang om in de overwegingen alle argumenten te verzamelen en te documenteren pro en contra mogelijke aanbevelingen. Op het 'evidence-to-decision'-formulier is opgenomen welke overwegingen een rol kunnen spelen, zoals:

- kwaliteit van bewijs;
- balans tussen voor- en nadelen van de interventie;
- waarden en voorkeuren van patiënten en professionals;
- middelenbeslag (kosten);
- aanvaardbaarheid;
- haalbaarheid;
- veiligheid (bijv. bijwerkingen, risico's en complicaties);
- patiëntenperspectief (bijv. behoeften van de patiënt, te verwachten tevredenheid);
- professioneel perspectief (bijv. tijdsbesparing, 'do-able');
- beschikbaarheid, werkbaarheid en wenselijkheid van organisatie van zorg (aspecten: kosten, voorzieningen, coördinatie, communicatie, gegevensverwerking, taakverdeling, verantwoordelijkheden, etc.)

Voor meer informatie over de overwegingen en het proces van bewijs naar aanbeveling, zie Alonso-Coello 2016a en b.

Wanneer grote financiële consequenties worden verwacht, kan een budgetimpactanalyse uitgevoerd worden om de verwachte kosten in kaart te brengen.

#### De Budget Impact Analyse (BIA)

Wanneer implementatie van een aanbeveling (nieuwe interventie, nieuw proces of de-implementatie van bestaande zorg) mogelijk grote financiële consequenties heeft, kan een BIA worden uitgevoerd om de verwachte verandering in (totale) zorguitgaven dienaangaande in kaart te brengen.

Een BIA geeft een schatting van de verwachte totale uitgaven, gegeven de kosten van die zorg per patiënt en de omvang van de te behandelen populatie patiënten. Hiermee richt een BIA zich op de vraag of de implementatie van de aanbeveling/richtlijn 'daadwerkelijk financieerbaar' is.

Voor het opstellen van een BIA kunnen de leidraad en rekentool van ZonMW (2020) worden gebruikt. Zie 'Budget Impact Analyses in de praktijk'.

Voor uitgangsvragen over meetinstrumenten wordt met behulp van het 'Raamwerk Klinimetrie' (Swinkels 2015) op basis van theoretische en praktische argumenten het meest geschikte instrument gekozen. Tevens wordt bij de prioritering van meetinstrumenten zo veel mogelijk afstemming gezocht met aanbevolen meetinstrumenten in andere KNGF- of externe richtlijnen. Bij de selectie van meetinstrumenten wordt onderscheid gemaakt tussen aanbevolen en optionele meetinstrumenten. Aanbevolen meetinstrumenten worden in principe bij iedere patiënt afgenomen, optionele meetinstrumenten worden enkel afgenomen als hier specifieke aanleiding toe is.

### Gewenste en ongewenste effecten wegen

Op basis van de literatuur (beoordeeld met GRADE) en de overwegingen wordt de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten opgemaakt en worden vervolgens de richting (*positief/negatief*) en de sterkte (*sterk/zwak*) van de aanbeveling(en) bepaald.

Deze weging van gewenste en ongewenste effecten wordt beschreven in de laatste paragraaf van de sectie Overwegingen. De aanbeveling volgt direct uit deze paragraaf.

### Aanbevelingen 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, kunnen op zichzelf gelezen worden én zijn slechts op één manier te interpreteren. Ze zijn zo specifiek en concreet mogelijk.

Aanbevelingen worden bij voorkeur als volgt geformuleerd:

- **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'

#### 4.2.2 Definitief vaststellen van de modules

De richtlijn kent twee type modules: zorginhoudelijke en zorgorganisatorische modules.

Zorginhoudelijke modules beschrijven onder andere de anamnese en het lichamelijk onderzoek, rode vlaggen, meetinstrumenten, start-/stopcriteria en inhoud van oefentherapie. Een zorgorganisatorische module beschrijft welke organisatie benodigd is om goede kwaliteit van zorg, zoals beschreven in de zorginhoudelijke modules, te kunnen bieden.

Een module van de richtlijn wordt gevormd door de totale uitwerking van een uitgangsvraag, namelijk: de uitgangsvraag, het (systematisch) literatuuronderzoek, een beknopt overzicht van het proces van bewijs naar aanbeveling, een of meerdere aanbevelingen en informatie over de onderhoudsprocedure van de module.

De onderhoudsprocedure van de richtlijnmodule beschrijft wanneer de module is vastgesteld en wanneer de module opnieuw wordt gecheckt.

Modulaire opbouw van de richtlijn schept de mogelijkheid om in de toekomst een richtlijn modulair te herzien. De richtlijnadviseur legt de conceptversie van iedere module afzonderlijk voor aan de werkgroep ter bespreking, aan de klankbordgroep in haar adviserende rol, en tot slot geeft de werkgroep haar akkoord.

Wanneer de werkgroep consensus bereikt en haar akkoord geeft op de module is de module definitief vastgesteld.

Elke module bestaat uit vier delen:

1. 'Praktijkrichtlijn', een korte, bondige weergave van de aanbeveling(en).
2. 'Toelichting', nadere toelichting op de aanbevelingen, de conclusies uit de literatuur en de belangrijkste overwegingen die leiden tot de aanbeveling.





3. 'Verantwoording', een volledige beschrijving van het literatuuronderzoek (waaronder de resultaten per uitkomstmaat, de beoordeling van de methodologische kwaliteit), en een overzicht van alle overwegingen die hebben geleid tot de aanbeveling. Ook zijn in de Verantwoording de bijlagen opgenomen met tabellen, zoals RoB-tabellen en evidencetabellen.
4. 'Referenties en onderhoudsprocedure', weergave van alle referenties in de module en informatie over wanneer de richtlijnmodule is vastgesteld en wanneer deze opnieuw wordt gecheckt.

#### 4.2.3 Schrijven van de samenvatting

De richtlijnadviseur schrijft de samenvatting van de richtlijn. De samenvatting bestaat uit een overzicht van de belangrijkste aanbevelingen in een handzaam formaat.

#### 4.2.4 Samenstellen van de conceptrichtlijn

Iedere richtlijnmodule wordt ondergebracht in een van de drie hoofdstukken van de richtlijn: 'Diagnostisch proces', 'Therapeutisch proces' en 'Organisatie van zorg'. Samen met de 'Inleiding', die onder meer een beschrijving bevat van het doel, (de afbakening van) het onderwerp, de doelgroep en de beoogde gebruikers van de richtlijn, vormen alle modules samen de conceptrichtlijn.

### 4.3 Commentaarfase

De commentaarronde en de werkveldronde krijgen gestalte door de conceptrichtlijn voor te leggen aan personen die niet betrokken waren bij de richtlijnontwikkeling (die geen zitting hebben in de kerngroep, de werkgroep of de klankbordgroep). Het commentaar wordt verzameld en daarna verwerkt, waarna de definitieve richtlijn wordt vastgesteld. Tot slot wordt de tekst geredigeerd. Indien de referenten/organisaties hier toestemming voor verlenen, kunnen ook hún namen bij de richtlijn worden gepubliceerd.

#### 4.3.1 Gestalte geven aan de commentaarronde en de werkveldronde

De richtlijnadviseur legt de conceptrichtlijn 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.

Tot de commentaarronde behoort ook een werkveldronde, waarin een brede, heterogene representatieve afspiegeling van fysiotherapeuten de conceptrichtlijn toetst op de praktische toepasbaarheid 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). Bij de werkveldronde zijn meerdere afdelingen van het KNGF betrokken.

#### 4.3.2 Verzamelen van het commentaar

De richtlijnadviseur verzamelt de commentaren en voegt ze samen in een commentarentabel, waarin tevens staat welke partij welk commentaar heeft gegeven.

### 4.3.3 Verwerken van het binnengekomen commentaar

De richtlijnadviseur en inhoudsdeskundige leggen de volledige commentarentabel voor aan de werkgroep. De werkgroep bespreekt de commentaren en mogelijke aanpassingen en/of aanvullingen in de conceptringlijn. De werkgroepleden, richtlijnadviseur en inhoudsdeskundig wetenschapper(s) verwerken die aanpassingen en/of aanvullingen. Vervolgens wordt de klankbordgroep om advies gevraagd. De werkgroep neemt kennis van het advies van de klankbordgroep en bepaalt de vereiste dan wel gewenste aanpassingen en/of aanvullingen in de conceptringlijn.

De aangepaste versie van de conceptringlijn wordt hierna ter akkoord voorgelegd aan de volledige werkgroep. Hiermee is de richtlijn definitief vastgesteld. De klankbordgroep ontvangt de richtlijn ter kennisgeving.

De verzamelde commentaren en de argumentatie en ondernomen acties naar aanleiding van het commentaar worden nauwkeurig samengevat in de commentarentabel, die vervolgens aan de deelnemende organisaties wordt toegestuurd.

### 4.3.4 Redigeren van de definitieve richtlijn

De definitieve richtlijn wordt verstuurd naar de partij die verantwoordelijk is voor de (web) redactie van de KNGF-richtlijn. De redacteur toetst de richtlijn op leesbaarheid en lay-out, en maakt de richtlijn op in de KNGF-huisstijl, in afstemming met de richtlijnadviseur. Er worden geen inhoudelijke veranderingen in de richtlijn doorgevoerd.

## 4.4 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 hoe lang de autorisatieprocedure bij de verschillende partijen in beslag neemt.

### 4.4.1 Aanbieden van de richtlijn aan het KNGF-bestuur

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

### 4.4.2 Aanbieden van de richtlijn 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.

Met het autoriseren van de richtlijn geven de externe partijen, indien van toepassing, ook toestemming voor het aanbieden van de richtlijn aan het Register van het Zorginstituut Nederland.

## 4.5 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.

#### 4.5.1 Bekendheid geven aan de richtlijn (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 iedere richtlijn gepubliceerd op het KNGF-Kennisplatform. In 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 de Verantwoording toegankelijk. De samenvatting met de belangrijkste aanbevelingen is in 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.

De richtlijnadviseur en de inhoudsdeskundige wetenschapper(s) 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 tevens in het Engels vertaald. Ook die versie wordt op het Kennisplatform geplaatst en daarnaast voor publicatie aangeboden aan websites van het *Guidelines International Network (G-I-N)*, de *(ER-)WP* en in PEDro.

#### 4.5.2 Opstellen van een implementatieplan

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

- a. **Kernaanbevelingen.** In de laatste 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 moeten worden. Het aantal staat niet vast, maar een beperkt aantal kernaanbevelingen bewaakt de focus van het implementatieproces. Aan de overige aanbevelingen wordt ook aandacht besteed tijdens de implementatiefase, maar minder prominent.
- b. **Belemmerende en bevorderende factoren.** Per kernaanbeveling wordt een analyse gemaakt van de factoren die implementatie van die aanbeveling positief of negatief kunnen beïnvloeden, met als determinanten: innovatie, de gebruiker, de organisatie en de sociaal-politieke omgeving (Fleuren 2014).
- c. **Implementatiedoelstellingen.** Voor iedere kernaanbeveling worden SMART-doelstellingen geformuleerd.
- d. **Implementatiestrategie.** Deze strategie betreft de wijze waarop de doelstellingen behaald gaan worden, met als belangrijk onderdeel de beschrijving van de determinanten waarop ingezet wordt en op welke wijze dit gebeurt.
- e. **Beschrijving van de afzonderlijke implementatieproducten en -activiteiten.** Het gaat om een concrete beschrijving van het product of de activiteit en van de wijze waarop dat product of die activiteit bijdraagt aan de implementatie. Ook is opgenomen wie het product ontwikkelt of de activiteit organiseert, welk budget hiervoor beschikbaar is en wanneer het product wordt opgeleverd of de activiteit wordt uitgevoerd.
- f. **Evaluatie.** Dit betreft een beschrijving van wanneer en op welke wijze de implementatie-doelstellingen geëvalueerd worden en op welke wijze die evaluatie kan leiden tot een aanpassing in de strategie.



#### 4.5.3 Ontwikkelen van implementatieproducten en -activiteiten

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

Standaard implementatieproducten en -activiteiten zijn:

- a. **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](http://defysiotherapeut.com)'.
- b. **Scholing.** Voor de implementatie van de richtlijn ontwikkelt en/of faciliteert het KNGF geaccrediteerde scholingsactiviteiten, zoals lezingen of cursussen. Voor de ontwikkeling van deze scholing wordt samengewerkt met didactisch geschoolde inhoudsdeskundigen.
- c. **E-learning.** Het KNGF ontwikkelt een geaccrediteerde e-learning om fysiotherapeuten 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.

#### 4.5.4 Ontwikkelen van aanvullende producten

Ten behoeve van de kwaliteitscyclus worden aanvullende producten ontwikkeld. Het gaat bijvoorbeeld om de signalering van kennislacunes en de ontwikkeling van conceptindicatoren.

##### Signaleren van 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 de bewijskracht van de gevonden studies onvoldoende is.

De tijdens het project gesignaleerde kennislacunes worden tijdens of aan het einde van de ontwikkelfase door de richtlijnadviseur en inhoudsdeskundige beschreven in een bijlage '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 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.

##### Ontwikkelen van conceptindicatoren

Op basis van de kernaanbevelingen in de richtlijn worden indicatoren ontwikkeld ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Ze kunnen inzicht bieden in de geleverde zorg. Ook kunnen ze de individuele fysiotherapeut inzicht geven in het eigen handelen. Conceptkwaliteitsindicatoren worden in een separaat project ontwikkeld, waarbij bij voorkeur reeds bestaande indicatorensets worden gebruikt. De expertgroep die de indicatoren in consensus vaststelt, bestaat uit een min of

meer vaste kerngroep met expertise op het gebied van kwaliteitsverbetering binnen de fysio- en oefentherapie, aangevuld met werkgroepleden van de desbetreffende richtlijn met expertise op het specifieke onderwerp. Bij de selectie van indicatoren worden de indicatoren beoordeeld op relevantie voor de praktijk en op haalbaarheid, en vervolgens geprioriteerd. Per richtlijn worden zes tot tien conceptindicatoren ontwikkeld.

## 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>.
- Adviescommissie richtlijnen. Medisch specialistische richtlijnen 2.0. Utrecht: Orde van Medisch Specialisten / Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit; 2011. Beschikbaar via [https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Medisch%20specialistische%20richtlijnen%202\\_0%20okt%202012.pdf](https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Medisch%20specialistische%20richtlijnen%202_0%20okt%202012.pdf).
- AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009. Beschikbaar via [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Dutch.pdf](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.
- College Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (College KRF NL), 2020. Beleidsdocument Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL. versie 9.0. Beschikbaar via: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/krf-nl/beleidsdocument-krf-nl>.
- 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](http://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 Ettekoven 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](http://www.training.cochrane.org/handbook). Geraadpleegd op 13 december 2021.
- IQ healthcare 2013. De HARING-tools: Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Beschikbaar via: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>.

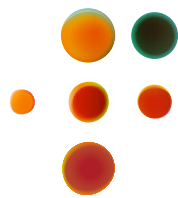
- IQ healthcare 2013. Kennislacunes in Richtlijnen. Beschikbaar via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Kennislacunes+in+richtlijnen.pdf>.
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). Belangenverklaring behorend bij de Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling. Beschikbaar via <https://www.knaw.nl/shared/resources/actueel/publicaties/pdf/belangenverklaring>.
- Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW). Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling, 2012, versie 2017. Beschikbaar via: [www.knaw.nl/shared/resources/actueel/publicaties/pdf/gedragscode-belangenverstrengeling](http://www.knaw.nl/shared/resources/actueel/publicaties/pdf/gedragscode-belangenverstrengeling).
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Ontwikkelen van NHG-Standaarden. Utrecht: NHG; 2015. Beschikbaar via: [https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-06/handleiding\\_ontwikkelen\\_van\\_nhg-standaarden\\_2018\\_web\\_o.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-06/handleiding_ontwikkelen_van_nhg-standaarden_2018_web_o.pdf).
- 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.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2012. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijn+voor+Richtlijnen+derde+herziene+versie.pdf>.
- Sawilowsky, Shlomo S. New effect size rules of thumb. *J Mod Appl Stat Met.* 2009;8:597-9.
- Schünemann H, Brožek 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;28;366:l4898.
- Swinkels RAHM, Meerhoff GA, Beekman E, Beurskens AJHM. Raamwerk Klinimetrie voor evidencebased producten. Amersfoort: KNGF; 2015.
- van der Wees PJ, Hendriks HJM, Heldoorn M, Custers JWH, de Bie RA. Methode voor ontwikkeling, implementatie en bijstelling van KNGF-richtlijnen; versie 2.5. Amersfoort/Maastricht: KNGF; 2007.
- 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. Instrument beschikbaar via: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/nosgen.pdf](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf). Voor meer informatie zie: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](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;155:529-36. Instrument beschikbaar via: <https://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/quadas/migrated/documents/quadas2.pdf>.
- ZonMw 2020. Budget impact analyses in de praktijk: Leidraad en rekentool. Beschikbaar via: [https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Doelmatigheidsonderzoek/200205\\_BIA\\_Leidraad.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Doelmatigheidsonderzoek/200205_BIA_Leidraad.pdf).
- Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (versie 3.0). Diemen: ZIN; 2021. Beschikbaar via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/algemeen-ondersteuning/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-en-meetinstrumenten-versie-3.0.pdf>.

## **Colofon**

© 2022 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten  
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 fysiotherapeuten van Nederland**