Federatie Medisch Specialisten
De wondere wereld van richtlijnontwikkeling
Florien Ham
Kennisinstituut

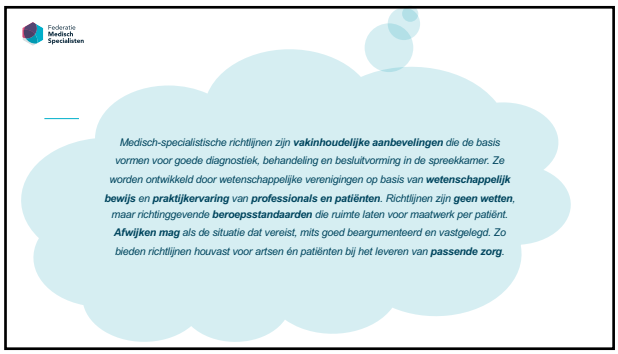
1

Federatie Medisch Specialisten
Agenda
1. De politieke context
2. Het richtlijnontwikkelproces
3. De kenniskwaliteitscyclus
4. Informatie voor patiënten
5. Onderhoud van richtlijnen

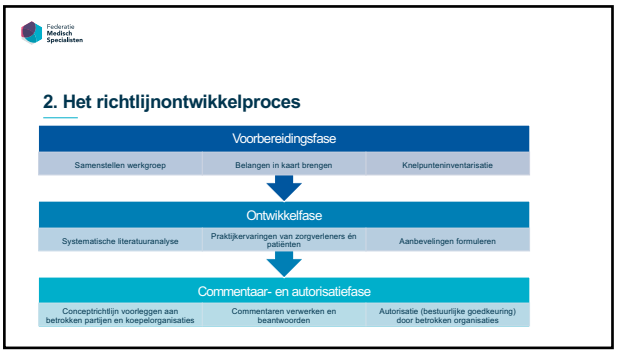
2

Federatie Medisch Specialisten
1. De politieke context
• 30% van de medisch specialistische zorg is bewezen effectief
• Stoppen met bewezen niet-effectieve zorg
• 90% van het basispakket wordt niet formeel getoetst
• De richtlijn vormt de schakel tussen onderzoek en zorg
24.10.25 Interview 9-12 min
uinigen op zorg? Stop
geen zin heeft
Tamar Steling
Correspondent Niet-menselijk leven
De Correspondent, 2025

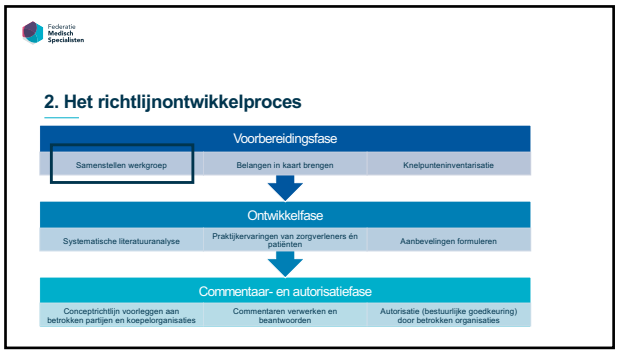
3


Federatie Medisch Specialisten
Medisch-specialistische richtlijnen zijn vakinhoudelijke aanbevelingen die de basis vormen voor goede diagnostiek, behandeling en besluitvorming in de spreekkamer. Ze worden ontwikkeld door wetenschappelijke verenigingen op basis van wetenschappelijk bewijs en praktijkervaring van professionals en patiënten. Richtlijnen zijn geen wetten, maar richtinggevende beroepsstandaarden die ruimte laten voor maatwerk per patiënt. Afwijken mag als de situatie dat vereist, mits goed beargumenteerd en vastgelegd. Zo bieden richtlijnen houvast voor artsen én patiënten bij het leveren van passende zorg.

4


Federatie Medisch Specialisten
2. Het richtlijnontwikkelproces
Voorbereidingsfase
Samenstellen werkgroep
Belangen in kaart brengen
Knelpunteninventarisatie
Ontwikkelfase
Systematische literatuuranalyse
Praktijkervaringen van zorgverleners én patiënten
Aanbevelingen formuleren
Commentaar- en autorisatiefase
Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
Commentaren verwerken en beantwoorden
Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

5


Federatie Medisch Specialisten
2. Het richtlijnontwikkelproces
Voorbereidingsfase
Samenstellen werkgroep
Belangen in kaart brengen
Knelpunteninventarisatie
Ontwikkelfase
Systematische literatuuranalyse
Praktijkervaringen van zorgverleners én patiënten
Aanbevelingen formuleren
Commentaar- en autorisatiefase
Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
Commentaren verwerken en beantwoorden
Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

6

Federatie Medisch Specialisten

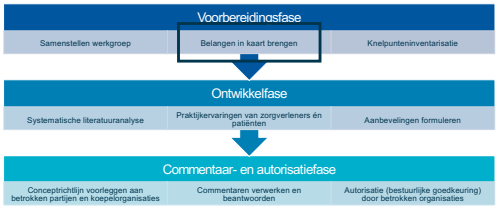
Werkgroep

- dr. G. (Guus) Reurink (voorzitter), VSG
- drs. H.E. (Nadine) Bruineberg, NVSHA
- drs. P. (Petra) Groenenboom, VSG
- dr. N. (Nick) van der Horst, KNGF
- prof. dr. G.M.M.J. (Gino) Kerkhoffs, NOV
- drs. A.D. (Anne) van der Made, NOV
- drs. M.E.F. (Mariëlle) Olsthoorn, NVvR
- dr. K.W. (Kostan) Reisinger, NVvH
- dr. I.J.R. (Igor) Tak, KNGF
- drs. A. (Adam) Weir, VSG
- dr. M. (Marinus) Winters, KNGF
- T. (Thomas) Jonkergouw, PFNL (t/m april 2023)
- M. (Maike) Broere, PFNL (vanaf april 2023)

7

Federatie Medisch Specialisten

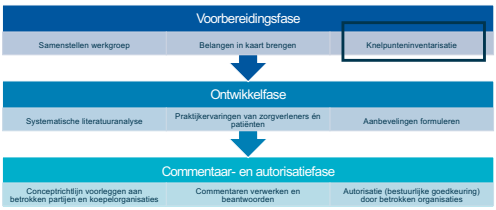
2. Het richtlijnontwikkelproces



8

Federatie Medisch Specialisten

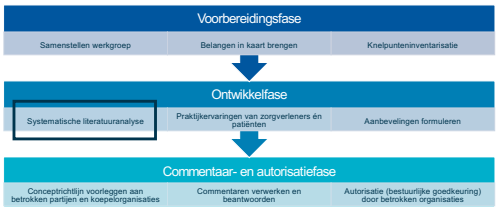
2. Het richtlijnontwikkelproces



9

Federatie Medisch Specialisten

2. Het richtlijnontwikkelproces



10

Federatie Medisch Specialisten

GRADE

Grading Recommendations Assesssment, Development and Evaluation

- **Hoog:** het is zeer onwaarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- **Redelijk:** het is mogelijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- **Laag:** het is waarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- **Zeer laag:** de conclusie is zeer onzeker

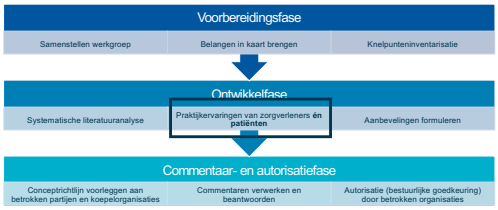
85% van de richtlijnen in de medisch specialistische zorg heeft een lage of zeer lage bewijskracht.

De Cochrane-ondert, 2025

11

Federatie Medisch Specialisten

2. Het richtlijnontwikkelproces



12

Federatie Medisch Specialisten

Patiëntenfederatie Nederland
samen de zorg beter maken

Het patiëntenperspectief

4 ervaringsdeskundigen die een sportblessure hebben opgelopen

4 bijeenkomsten om ervaringen op te halen

13

Federatie Medisch Specialisten

Het richtlijnontwikkelproces

Voorbereidingsfase
- Samenstellen werkgroep
- Belangen in kaart brengen
- Knelpunteninventarisatie

Ontwikkelfase
- Systematische literatuuranalyse
- Praktijkervaringen van zorgverleners **én patiënten**
- Aanbevelingen formuleren

Commentaar- en autorisatiefase
- Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
- Commentaren verwerken en beantwoorden
- Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

14

Federatie Medisch Specialisten

Het richtlijnontwikkelproces

Voorbereidingsfase
- Samenstellen werkgroep
- Belangen in kaart brengen
- Knelpunteninventarisatie

Ontwikkelfase
- Systematische literatuuranalyse
- Praktijkervaringen van zorgverleners **én patiënten**
- Aanbevelingen formuleren

Commentaar- en autorisatiefase
- Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
- Commentaren verwerken en beantwoorden
- Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

15

Federatie Medisch Specialisten

Het richtlijnontwikkelproces

Voorbereidingsfase
- Samenstellen werkgroep
- Belangen in kaart brengen
- Knelpunteninventarisatie

Ontwikkelfase
- Systematische literatuuranalyse
- Praktijkervaringen van zorgverleners **én patiënten**
- Aanbevelingen formuleren

Commentaar- en autorisatiefase
- Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
- Commentaren verwerken en beantwoorden
- Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

16

Federatie Medisch Specialisten

Het richtlijnontwikkelproces

Voorbereidingsfase
- Samenstellen werkgroep
- Belangen in kaart brengen
- Knelpunteninventarisatie

Ontwikkelfase
- Systematische literatuuranalyse
- Praktijkervaringen van zorgverleners **én patiënten**
- Aanbevelingen formuleren

Commentaar- en autorisatiefase
- Conceptrichtlijn voorleggen aan betrokken partijen en koepelorganisaties
- Commentaren verwerken en beantwoorden
- Autorisatie (bestuurlijke goedkeuring) door betrokken organisaties

17

Federatie Medisch Specialisten

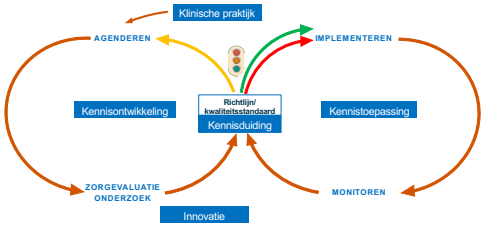
De Richtlijn is geautoriseerd door

- **Vereniging voor Sportgeneeskunde (initiatief)**
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg

18

Federatie Medisch Specialisten

3. De kenniskwaliteitscyclus



19

Federatie Medisch Specialisten

4. Informatie voor patiënten op thuisarts.nl

20

Federatie Medisch Specialisten

5. Onderhoud van richtlijnen

21

Federatie Medisch Specialisten

Het cluster onderste extremiteiten

- Achilles tendinopathie
- Achillespeesruptuur
- **Acute spierblessures onderste ledematen bij sporters**
- Anterieure kniepijn
- Artroscopie van de knie
- DDH (dysplastische heupontwikkeling) bij kinderen onder één jaar
- Hallux Valgus
- Inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen
- Plantaire hielpijn
- Primaire Idiopathische Klompvoet
- Voorste kruisbandletsel (VKB)

22

Federatie Medisch Specialisten

Bedankt voor jullie aandacht!

f.ham@kennisinstituut.nl

23

Federatie Medisch Specialisten

EXTRA SLIDES

24

Federatie Medisch Specialisten

Belangen

- Directe financiële belangen, voorbeelden:
  - Betaling voor lezing en/of voor aanwezigheid bijeenkomst voor een technologie/interventie
  - Betaalde board deelname, patent aanvragen en onderzoeksbeurzen (zowel restricted als unrestricted)
  - Honoraria en cadeaus
- Indirecte belangen, voorbeelden:
  - Opinie stuk gepubliceerd over de effectiviteit van een interventie, of onderzoek gedaan naar een onderwerp dat beïnvloed kan worden door een aanbeveling
  - Leiderschap, board of commissiedeelname (onbetaald)
  - Betrokkenheid bij een opinie groep die voordeel kan hebben bij de richtlijn

25

Federatie Medisch Specialisten

Wat te doen bij belangen?

- Transparantie:
  - Duidelijke procedure
  - Belangen worden besproken, en gepubliceerd bij de richtlijn
- Besluit over participatie: *proportionaliteit*
  - "de maatregelen die genomen worden om oneigenlijke beïnvloeding te voorkomen moeten in verhouding staan tot de ernst van de mogelijke belangenverstrengeling"
- Mogelijke besluiten kunnen zijn:
  - Geen actie
  - Exclusie participatie als opsteller van aanbevelingen voor een bepaald onderwerp
  - Exclusie participatie bij bepaald onderwerp (werkgroeplid schrijft niet mee aan tekst / verlaat de ruimte / stemt niet mee over bepaald onderwerp)
  - Exclusie werkgroep deelname

26

Federatie Medisch Specialisten

Waarom richtlijnen?

- Verbeteren van de kwaliteit van de zorg
- Klinisch handelen meer baseren op bewijs dan op ervaringen en meningen
- Reduceren van ongewenste variatie in klinisch handelen
- Hanteerbaar maken groeiende informatiestroom
- Zorg transparant maken
- Identificeren van kennislacunes (richting geven aan onderzoek)
- Hoeksteen van kwaliteitsbeleid wetenschappelijke verenigingen: basis voor DBC's, prestatie-indicatoren, patiëntenvoorlichting & organisatie van zorg

27

Federatie Medisch Specialisten

Wanneer richtlijnen?

- Bij controverses, onzekerheden en dilemma's rond professioneel handelen

Vereiste omstandigheden

- Verwachting dat de richtlijn de besluitvorming van hulpverleners en patiënten kan verbeteren
- Bereidheid bij deelnemende organisaties om de aanbevelingen te verwerken in beleid

28

Federatie Medisch Specialisten

Doelstelling patiëntenparticipatie

1. Verbeteren kwaliteit richtlijn
2. Verbeteren werkrelatie patiënt en hulpverlener
3. Betere aansluiting hulpaanbod en vraag
4. Verbetering organisatie van hulpverlening
5. Verkrijgen legitimatie en steun van patiëntengroepen
6. Blootleggen van nieuwe onderzoeksvragen

29

Federatie Medisch Specialisten

Status richtlijn

- Regiehouder/eigenaar: initiërende wetenschappelijke vereniging
- Basis voor afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders
- De richtlijn is leidend vanaf de datum van publicatie van de richtlijn op de Richtlijnendatabase
  - Rekening houden met de implementatiefase
- De richtlijn is geldig totdat deze actief wordt ingetrokken door de regiehouder
- De richtlijn is de 'professionele standaard', de veldnorm, maar:
  - Afwijken mag en is soms zelf geïndiceerd, maar moet beargumenteerd en gedocumenteerd worden!

30

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase – voorbeelden uitgangsvraag en zoekvraag

Uitgangsvraag	Zoekvraag
Wat is de optimale duur van [*interventie A*] bij de behandeling van patiënten met [*aandoening X*]?	What is the effectiveness and safety of [*intervention A for duration A*] compared with [*intervention A for duration B*] for patients with [*disease X*]?
Welke test kan het beste gebruikt worden in het diagnostisch traject [*op plaats Y*] bij [*patiënten met symptoom Z*]?	What is the diagnostic accuracy of [*index test*] compared to [*comparator test*] in [*patients*] (at [*timing and setting*])?
Welke patiënten uit [*populatie q*] komen in aanmerking voor [*screening/aanvullende diagnostiek r*]?	Which model predicts [*disease/complication*] in patients from [*population q*] and what is the predictive value of this model?

31

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase – uitkomstmaten

- Uitkomstmaten relevant voor de patiënt
- Onderscheid maken tussen cruciale en belangrijke uitkomstmaten voor besluitvorming
- Sluit indien mogelijk aan bij bestaande uitkomstensets zoals van programma Uitkomstgerichte Zorg, ICHOM, COMET en OMERACT.
- Definiëren van de uitkomsten en van klinisch relevante verschillen

32

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase – statistische versus klinische significantie

- Statistische significantie

Het verschil kan vrijwel zeker niet worden toegeschreven aan toeval.

- Klinische relevantie

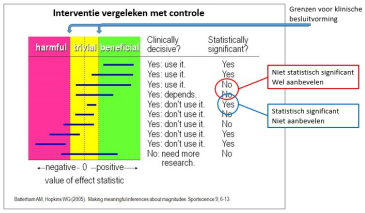
Een minimaal klinisch relevant verschil is gedefinieerd als het kleinste verschil in score dat de patiënt als gunstig ervaart en dat, indien er geen storende ongewenste effecten en geen extreem hoge kosten zijn, de arts motiveert om de bestaande behandeling van de patiënt te wijzigen (Jaeschke, 1989).

Voorbeeld: absolute risicoreductie van >5% (NNT 20) over 10 jaar (preventie van hart- en vaatziekten)
NB. In de literatuur vaak gebruikt: minimally important difference

33

Federatie Medisch Specialisten

Klinische besluitvorming in richtlijnen



34

Federatie Medisch Specialisten

Bewijskracht per uitkomstmaat

Beoordeling kwaliteit **individuele studies**

Beoordeling bewijskracht van **alle studies samen** per uitkomstmaat

Bewijskracht beoordelen
- Per uitkomstmaat
- Op niveau systematische literatuuranalyse
- Bewijskracht kan per uitkomstmaat verschillend zijn

35

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase

Bewijskracht wordt bepaald per uitkomstmaat

- Hoog: het is zeer onwaarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- Redelijk: het is mogelijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- Laag: het is waarschijnlijk dat de conclusie verandert als er verder onderzoek wordt gedaan
- Zeer laag: de conclusie is zeer onzeker

36

Federatie Medisch Specialisten

Formulering conclusies

High GRADE	Antibiotic-impregnated bone cement does not decrease the rate of superficial infection compared to plain bone cement in patients undergoing hip or knee arthroplasty. *Source: Wang, 2012*
Moderate GRADE	Use of cladribine likely results in little to no difference in mortality when compared with teriflunomide in patients with relapse remitting multiple sclerosis. *Source: Leist, 2014*

37

Federatie Medisch Specialisten

Formulering conclusies

Low GRADE	Mobilisation interventions may improve foot function compared to treatment with a night splint or placebo in patients with mild to moderate hallux valgus. *Source: Brantingham, 2005; Du Plessis, 2011*
Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effectiveness of surgery within 24h after trauma when compared to surgery between 24-72h after trauma on mortality in patënts with traumatic spinal cord injury. *Source: Bourassa-Moreau, 2013; Sohail umerani, 2013; Rahimi-Movaghar, 2014; Fehlings, 2012*

38

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase – overwegingen

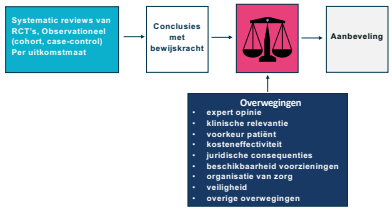
Evidence to decision framework:

- Voor- en nadelen van de interventie of diagnostiek
- Kwaliteit van het bewijs (bewijskracht)
- Professioneel perspectief en expertise werkgroepleden
- Waarden en voorkeuren van patiënten
- Kosten (middelenbeslag)
- Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie
- Organisatorische aspecten

39

Federatie Medisch Specialisten

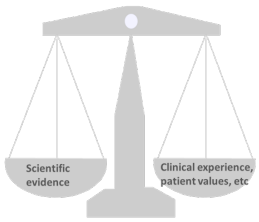
Overwegingen



40

Federatie Medisch Specialisten

Evidence biased vs. evidence based



Van evidence biased medicine:

- "Alleen wetenschappelijk bewezen zorg (RCT's en systematische reviews) is goede zorg"

naar evidence-based medicine:

- "the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values"

41

Federatie Medisch Specialisten

2. Ontwikkelfase – formuleren van aanbevelingen

- Antwoord op uitgangsvraag
- Gebaseerd op conclusies literatuur **en** overwegingen
- In de praktijk toepasbaar/implementeerbaar
- De sterkte van een aanbeveling reflecteert de mate waarin we over de groep van patiënten voor wie de aanbeveling is bedoeld, vertrouwen hebben dat de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten
- Hoe specifieker een aanbeveling is geformuleerd, hoe groter de kans dat deze wordt opgevolgd
- Formuleer actief door met een werkwoord te beginnen

42

Federatie Medisch Specialisten

Format concepttekst per module

Onderdelen	Door wie
Uitgangsvraag opstellen a.d.h.v. knelpunten	Werkgroepleden en adviseur
Inleiding	Werkgroepleden
Zoeken & selecteren	• Zoekformulier invullen: werkgroepleden en adviseur • Literatuur zoeken: literatuurspecialist • Literatuur selecteren: werkgroepleden en adviseur
Samenvatting literatuur en conclusies	Adviseur (doet voorzet) en werkgroeplid (meedenken, feedback)
Overwegingen	Werkgroepleden (doen voorzet) en adviseur (meedenken, feedback)
Aanbevelingen	Werkgroepleden (doen voorzet) en adviseur (meedenken, feedback)

43

Federatie
Medisch
Specialisten

f.ham@kennisinstituut.nl

44