

Afsluiting van de behandeling (stopcriteria)

Tabblad 1: Beschrijving

Informele aanbevelingen

[Hier worden de aanbevelingen gericht op de specifieke aandoening genoteerd]

Beschrijving

Zowel de fysiotherapeut als de oefentherapeut coördineren en organiseren zorg in samenwerking met andere professionals, waarbij ze informatie delen en gericht samenwerken voor optimale patiëntenzorg volgens de beroepsstandaarden. Ze stemmen behandelplannen af op basis van elkaars expertise en dragen zo bij aan de continuïteit en kwaliteit van zorg. De hierboven genoemde informele aanbevelingen zijn echter specifiek toegespitst op de behandeling van X en vullen de standaarden aan met aandoeningsgerichte informele aanbevelingen.

Tabblad 2: Onderbouwing

[k4]Aanleiding

[k4]Uitgangsvragen

Hoe dient de zorg bij patiënten met X door de fysio- of oefentherapeut te worden georganiseerd?

[k4]Rationale van de aanbeveling

In overleg met de werkgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren, maar de informatie die nodig is voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag op niet-systematische wijze te vergaren en narratief uit te werken met behulp van de kennis en klinische expertise van de werkgroep. Hierdoor kunnen uitsluitend informele aanbevelingen worden geformuleerd. Dit betekent dat er geen directe en transparante koppeling is met systematisch verzamelde en beoordeelde evidence, zoals vereist voor formele aanbevelingen. Volgens Lotfi et al. (2022) dienen informele aanbevelingen duidelijk als zodanig te worden gepresenteerd, zodat gebruikers zich bewust zijn van het feit dat deze zijn gebaseerd op deskundigheid en praktijkervaring in plaats van systematisch verzamelde evidence. Dit draagt bij aan transparantie en helpt gebruikers om de aanbevelingen in de juiste context te plaatsen (Lotfi et al., 2022).

[k4]Conclusies op basis van de literatuur

Organisatie van zorg volgens de beroepsstandaarden

Volgens het 'Beroepsprofiel Fysiotherapeut' (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie et al., 2021) coördineert, organiseert en registreert de fysiotherapeut de eigen werkzaamheden en de zorg voor de patiënt. Dit doet hij/zij binnen de fysiotherapie en met samenwerkingspartners daarbuiten, om zo de continuïteit van zorg te borgen. De fysiotherapeut draagt informatie op duidelijke wijze over op samenwerkingspartners, zoals collega-fysiotherapeuten. De fysiotherapeut is zich hierbij bewust van contextuele factoren, zoals de (sociale) omgeving, het dynamische gezondheidszorgsysteem, wet- en regelgeving en financieel economische factoren. De fysiotherapeut waarborgt de veiligheid en doelmatigheid van de zorg. De fysiotherapeut is zich bewust van de omgeving en organisatie waarbinnen hij/zij werkt. Dit geldt ook voor de bijhorende ambities en doelstellingen. De fysiotherapeut denkt hier proactief en constructief in mee en kiest de best passende wijze van informatieoverdracht.

Als samenwerkingspartner initieert de fysiotherapeut intra- en interprofessionele samenwerking. Hij/zij werkt samen met collega-fysiotherapeuten en andere (zorg)professionals (samenwerkingspartners) om de juiste zorg voor de patiënt te organiseren en te bieden, en zo bij te dragen aan de ondersteuning en verbetering van de gezondheid van patiënten. De fysiotherapeut informeert patiënten en samenwerkingspartners over het vakgebied van de fysiotherapeut. Hij/zij is op de hoogte van het vakgebied en de deskundigheid van samenwerkingspartners en verwijst patiënten, indien nodig, naar hen. Hiermee draagt de fysiotherapeut bij aan het organiseren van de juiste zorg voor de patiënt en de maatschappelijke positionering van het vakgebied van de fysiotherapie, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau.

Ook de oefentherapeut werkt volgens het 'Beroepsprofiel Oefentherapeut' samen (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, Post, & Buis, 2019). De oefentherapeut werkt samen met andere (zorg)professionals om doelen van oefentherapeutische interventies te realiseren. Het betreft hier zowel intercollegiale als multidisciplinaire of interprofessionele samenwerking ten behoeve van een optimaal zorgproces. Vanuit ieders expertise kan een goed op elkaar afgestemd behandelplan voor de cliënt ontwikkeld worden. Ook kan de oefentherapeut deel uitmaken van intercollegiaal overleg, een netwerk of een interdisciplinair team dat een protocol of nieuw product ontwikkelt ten behoeve van een specifieke cliëntengroep. Kennis van elkaars expertise en delen van specialistische kennis zijn in alle gevallen noodzakelijk.

Mogelijk is door de complexiteit van een behandeltraject bij een intake of de uitvoering van het behandelplan de inzet van een fysiotherapeut met aanvullende expertise wenselijk. Er bestaan regionale netwerken* van deze fysiotherapeuten die bij kunnen dragen aan kennisdeling en verbetering van de samenwerking in de keten. Het is daarom van belang dat een therapeut zich bewust is van zijn eigen bekwaamheden en de patiënten tijdig doorverwijst indien nodig. Hierbij geldt de algemene stelregel: onbekwaam is onbevoegd.

Het [standpunt van het KNGF](#) m.b.t. netwerken is: Het stimuleren van de patiënt om te kiezen voor fysiotherapeuten in een bepaald netwerk moet mogelijk zijn door daar transparant over te zijn; het uitsluiten van andere fysiotherapeuten die even goed gekwalificeerd zijn, kan niet. Dit komt passende zorg niet ten goede. Uitgangspunt moet zijn: iedere fysiotherapeut die bekwaam is voor bepaalde zorg, is ook bevoegd.

Aandoeningsspecifieke literatuur

[Verwijs hier naar de aandoeningsspecifieke literatuur]

[k4]Criteria voor het formuleren van aanbevelingen

[k5] Van bewijs naar aanbeveling

Voor het beoordelen van het bewijs dat aan de aanbevelingen ten grondslag ligt, zijn internationaal erkende criteria toegepast. Zowel deze criteria als de overige afwegingen van de werkgroep bepalen de mate van aanbeveling. In deze module kon bij het beantwoorden van de uitgangsvraag echter geen effect of bewijskracht worden vastgesteld. Daarom zijn er geen gewenste of ongewenste effecten, geen bewijskwaliteit en geen afweging tussen gewenste en ongewenste effecten (vier van de negen criteria) geformuleerd.

Hierdoor ontbreekt een directe en transparante koppeling met systematisch verzamelde en beoordeelde evidence, zoals noodzakelijk is voor formele aanbevelingen. Conform Lotfi et al. (2022) moeten informele aanbevelingen dan ook expliciet als zodanig worden weergegeven, zodat gebruikers weten dat deze gebaseerd zijn op deskundigheid en praktijkervaring, en niet op systematisch verzameld bewijs.

[k5]4. Waarden en voorkeuren van patiënten

[Beoordeel of naar inschatting van de werkgroep de waarde die patiënten hechten aan de interventie zeer laag, laag, redelijk of groot is. Beoordeel ook de variatie in de waarde die patiënten hechten aan de interventie. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De werkgroep beoordeelt dat de patiënten [zeer lage/lage/redelijke/grote] waarde hechten aan de interventie en dat daar [geen/weinig/matige/veel] variatie in zit tussen patiënten.

[k5]6. Economische overwegingen en kosteneffectiviteit

[Beoordeel hoe groot de benodigde middelen zijn voor de interventie en in hoeverre de interventie kosteneffectief is. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De werkgroep beoordeelt de benodigde middelen voor de interventie als groot/matig/verwaarloosbaar/besparingen/grote besparingen.

De interventie is wel kosteneffectief/waarschijnlijk wel kosteneffectief/interventie en controle zijn gelijk/waarschijnlijk niet kosteneffectief/niet kosteneffectief/varieert/geen studies beschikbaar.

[k5]7. Gelijkheid

[Beoordeel of implementatie van de interventie leidt tot verbetering in gezondheid voor alle groepen in de maatschappij, bijvoorbeeld voor alle niveaus van sociaaleconomische status. Een interventie waarvoor zelf de kosten moeten betaald, een lange reistijd vergen of waarvoor bepaalde vaardigheden nodig zijn kan leiden tot ongelijkheid (*inequity*). Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin. (Akl et al., 2017)]

De werkgroep verwacht dat de interventie zal leiden tot een toename/mogelijke toename/mogelijke afname/afname van gezondheidsgelijkheid.

[k5]8. Aanvaardbaarheid

[Beoordeel of de interventie naar verwachting zal worden geaccepteerd door key stakeholders. Denk daarbij aan potentiële stakeholders die de gewenste en ongewenste effecten en de kosten mogelijk wel of juist niet zouden accepteren. Of key stakeholders die geen of minder waarde zouden hechten aan de effecten van de interventie. En zijn er eventuele morele/ethische kwesties waardoor stakeholders mogelijk de interventie niet zouden accepteren? Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De werkgroep verwacht dat de interventie door alle key stakeholders zal worden geaccepteerd/waarschijnlijk door de meerderheid van de key stakeholders zal worden geaccepteerd/waarschijnlijk door de meerderheid van de key stakeholders niet zal worden geaccepteerd/door alle key stakeholders niet zal worden geaccepteerd/varieert.

[k5]9. Haalbaarheid

[Beoordeel in hoeverre het realistisch is dat deze interventie geïmplementeerd kan worden in de dagelijkse praktijk. Denk daarbij aan uitvoerbaarheid, belemmerende factoren, duurzaamheid, etc. Potentiële implementatie barrières zijn divers van aard, denk aan praktische, technische, juridische en logistieke aspecten, maar ook organisatorische aspecten, professionele interacties of personele capaciteit. Voorbeelden zijn beperkte

beschikbaarheid van de interventie of training van zorgpersoneel in het buitenland. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]
De implementatie van [interventie] wordt door de werkgroep als realistisch/waarschijnlijk wel realistisch/waarschijnlijk niet realistisch/niet realistisch beoordeeld.

[k5]10. Duurzaamheid

[Beoordeel of de interventie kan bijdragen aan een duurzamere wereld. Dit omvat het verminderen van de ecologische voetafdruk van de zorg, het bevorderen van de gezondheid en het efficiënter gebruik van middelen. Denk hierbij aan energieverbruik, gebouw, e-mails, ,bedrijfsvoering. Zie ook de [checklist](#)].

[k5] Eventuele additionele overwegingen

Subgroepen van patiënten voor wie specifieke aanbevelingen kunnen gelden.

[Optioneel: beschrijf indien relevant en indien dit nog niet eerder beschreven is of er subgroepen te benoemen zijn voor wie specifieke/aanvullende aanbevelingen kunnen gelden en wat deze aanbevelingen zijn.]

[Alle literatuur die niet op basis van de zoekactie naar voren is gekomen, wordt hier genoemd. Dat wil zeggen literatuur die door de werkgroep is aangedragen

Hier kunnen tevens andere overwegingen benoemd worden die niet onder de bovenstaande criteria vallen]

[k4]Aandachtspunten voor implementatie

Er zijn geen aanvullende aandachtspunten geformuleerd.

[k4]Kennislacunes

Er zijn geen kennislacunes geformuleerd.

Tabblad 4: Bronnen

- Akl, E. A., Welch, V., Pottie, K., Eslava-Schmalbach, J., Darzi, A., Sola, I., . . . Tugwell, P. (2017). GRADE equity guidelines 2: considering health equity in GRADE guideline development: equity extension of the guideline development checklist. *J Clin Epidemiol*, 90, 68-75. doi:10.1016/j.jclinepi.2017.01.017
- Buiting-van der Zon, C. (2020). Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus). Retrieved from <https://www.nhg.org/praktijkvoering/samenwerken/gegevensuitwisseling-ha-paramedicus/>
- Driehuis, F., Woudenberg-Hulleman, I., Verhof-van Westing, I. M., Geurkink, H., Hartstra, L., Trouw, M., . . . Meerhoff, G. (2019). Fysiotherapeutische dossiervoering 2019. Retrieved from <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/fysiotherapeutische-dossiervoering-2019>
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie, Mutsaers, J. H. A. M., Ruitenbeek, T. H., Schmitt, M. A., Veenhof, C., & Driehuis, F. (2021). KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Over het vakgebied en rollen en competenties van de fysiotherapeut. Retrieved from <https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/beroepscode/beroepsprofiel-fysiotherapeut>
- Kooiman, T. J. M., Buis, G., & Conijn, D. (2020). Richtlijn verslaglegging. Retrieved from <https://vvocm.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-en-protocollen>
- Lotfi, T., Hajizadeh, A., Moja, L., Akl, E. A., Piggott, T., Kredo, T., . . . Schünemann, H. J. (2022). A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*, 141, 161-171. doi:10.1016/j.jclinepi.2021.09.028
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, Post, M. H. T., & Buis, G. (2019). Beroepsprofiel Oefentherapeut. Retrieved from <https://vvocm.nl/Kwaliteit/Richtlijnen-en-protocollen>
- Zorginstituut Nederland. (2021). AQUA-Leidraad. Retrieved from <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>

Tabblad 6: Overige informatie

Overige informatie

Initiatiefnemers

Het initiatief voor de ontwikkeling van deze richtlijn lag bij het KNGF. [Hier eventuele mede-initiatiefnemers toevoegen, zoals bijvoorbeeld: VvOCM].

Betrokken partijen

[Hier de betrokken partijen beschrijven door tabellen op te nemen van de kerngroep, werkgroep en klankbordgroep. De naam en de rol die hij/zij vervult opnemen in de tabel].

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in [jaartal] een kerngroep en een multidisciplinaire werk- en klankbordgroep ingesteld. De kerngroep bestaat uit een richtlijnadviseur vanuit het KNGF, een inhoudsdeskundig wetenschapper en een hoogleraar op het gebied van [onderwerp]. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van alle primair betrokken professionals bij de zorg voor De klankbordgroep bestaat uit alle secundair betrokken professionals bij de zorg voor

Kerngroep

Bijvoorbeeld:

Kerngroep	
	richtlijnadviseur, projectleider KNGF
	onderzoeker, docent, fysiotherapeut, manueel therapeut
	richtlijnadviseur, beleidsmedewerker VvOCM
	manager kwaliteitsbeleid KNGF
	onderzoeker

VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Werkgroep

Bijvoorbeeld:

Werkgroep	
	voorzitter werkgroep
	vertegenwoordiger patiënten, afgevaardigde PF
	huisarts, afgevaardigde NHG
	anesthesioloog, afgevaardigde NVA
	bewegingsspecialist werk, afgevaardigde NVAB
	fysiotherapeut, afgevaardigde WVVK
	oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM
	psychosomatisch fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NFP
	bedrijfsfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVBF
	sportfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFS

	fysiotherapeut, manueel therapeut, afgevaardigde KNGF-NVMT
	fysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF
	fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF

NFP = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek; NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap; NVA = Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; NVAB = Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; NVBF = Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten; NVFS = Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg; NVMT = Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie; PF = Patiëntenfederatie; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; WVVK = Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten.

Klankbordgroep

Bijvoorbeeld:

Klankbordgroep	
	voorzitter werkgroep
	onderzoeker
	onderzoeker, docent
	fysiotherapeut eerste lijn
	fysiotherapeut tweede lijn
	geriatriefysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFG
	bekkenfysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFB
	oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM
	sportarts, afgevaardigde VSG
	orthopedisch chirurg, afgevaardigde NOV
	neuroloog, afgevaardigde PA!N
	revalidatiearts, afgevaardigde VRA
	afgevaardigde ZN
	medisch adviseur ZIN

NOV = Nederlandse Orthopedische Vereniging; NVFB = Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie; NVFG = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie; PA!N = Pain Alliantie in Nederland; VRA = Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; VSG = Vereniging voor Sportgeneeskunde; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck; ZIN = Zorginstituut Nederland; ZN = Zorgverzekeraars Nederland; MSPT = Master of Specialised Physical Therapy.

Belangenverklaringen

De kerngroepleden en alle werkgroep- en klankbordgroepleden ondertekenden bij aanvang en bij afsluiting van het project een belangenverklaring. [Een overzicht van de belangen in een tabel presenteren].

Bijvoorbeeld:

Tabel belangenverklaring begin

	Hoofdfuncties	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke relaties	Reputatiemanagement	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen
--	---------------	--------------------	-----------------------	---------------------	-------------------------------	-------------------	------------------

Kerngroep							
Werkgroep							

Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben deze module geautoriseerd of geaccordeerd:

[een lijst opnemen van de autoriserende partijen en de partijen die een verklaring van geen bezwaar hebben gegeven].

Geldigheid en onderhoudsprocedure

Publicatiedatum:

Laatst beoordeeld:

Laatst geautoriseerd:

De eerstvolgende beoordeling op actualiteit vindt plaats op

Zie de KNGF-richtlijnenmethodiek voor informatie over het beleid betreft richtlijnenonderhoud.

Financiering

De ontwikkeling van deze module is gefinancierd door ...

[Bijvoorbeeld: In het kader van het Systeemadvies is de ontwikkeling van deze richtlijn mede gefinancierd door het ministerie van VWS. De richtlijn is tevens gefinancierd door het KNGF en de VvOCM.]

Toepassing van de KNGF-richtlijnen methodiek

De ontwikkeling van deze module heeft plaatsgevonden conform de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2025'. Deze methodiek is gebaseerd op het AGREE II-instrument en de AQUA-leidraad (Brouwers 2010; Zorginstituut Nederland 2021). Binnen de KNGF-richtlijnenmethodiek wordt gebruikgemaakt van GRADE voor de beoordeling van de bewijskracht en voor het proces van 'evidence to decision' (Alonso-Coello 2016a,b; Andrews 2013; Atkins 2004).

Ter inventarisatie van de knelpunten zijn twee focusgroepen georganiseerd waaraan 18 fysio- en oefentherapeuten deelnamen, en hebben vijf patiënten met dit doel vragenlijsten ingevuld. Deze knelpunten zijn voorgelegd aan de leden van de werkgroep en de klankbordgroep tijdens hun afzonderlijke bijeenkomsten, waarin ook de knelpunten van de leden zelf zijn geïnventariseerd. Al deze knelpunten zijn vervolgens door de kerngroep in samenwerking met de werkgroep geprioriteerd en omgezet in uitgangsvragen.