

[Titel van de module]

Tabblad 1: Praktijkrichtlijn

Uitgangsvraag

[De precieze uitgangsvraag]

Aanbeveling(en)

[Korte en krachtige aanbeveling. Actief formuleren, beginnen met een werkwoord. Goed toepasbaar voor de praktijk. De aanbeveling dient de uitgangsvraag te beantwoorden. De aanbeveling heeft een sterkte (sterk of conditioneel/zwak) en richting (voor of tegen, in uitzonderlijke gevallen neutraal). De sterkte en de richting blijken uit de formulering en worden in de Toelichting beschreven bij de 'Rationale van de aanbeveling'. De aanbeveling moet op zichzelf staand te lezen zijn, zonder de uitgangsvraag. Schets dus voldoende context om de aanbeveling begrijpelijk te maken voor de praktiserend fysiotherapeut.]

Tabblad 2: Toelichting

Aanleiding

[Korte beschrijving van de aanleiding van de uitgangsvraag met indien van toepassing het knelpunt uit de knelpuntanalyse.]

Rationale van de aanbeveling

[Beschrijf hier hoe de richtlijnwerkgroep tot de keuze voor de aanbeveling is gekomen als antwoord op de uitgangsvraag. Beschrijf daarbij welke criteria zwaar en welke minder zwaar hebben gewogen. Beschrijf ten minste de balans tussen de gewenste en ongewenste effecten en de waarden en voorkeuren van patiënten. Beschrijf van een conditionele/zwakke aanbeveling de condities of voorwaarden behorend bij de aanbeveling. Benoem hierbij ook de sterke en richting van de aanbeveling.]

Literatuuronderzoek

Onderzoeksvraag

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende onderzoeksvraag (PICO):

De werkgroep achtte [uitkomstmaten invullen] (een) voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten; en [uitkomstmaten invullen] (een) voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten (zowel gewenste als ongewenste effecten).

Per uitkomstmaat: de werkgroep definieerde [drempelwaarde invullen] als een belangrijk effect (klinisch relevant verschil).

Zoeken en selecteren

[Geef aan of het uitgangspunt een bestaande systematische review (SR) of andere systematische samenvatting van de evidence (bijvoorbeeld uit een bestaande richtlijn) is, of dat zelf een SR van de literatuur is uitgevoerd.

De onderstaande inclusiecriteria zijn gedefinieerd om artikelen te selecteren:

Inclusiecriteria	
Type studies	
Type patiënten	
Type interventie	
Type vergelijking	
Type uitkomst	
Type tijdslijn	

Op [dag maand jaar] is een systematische zoekactie uitgevoerd in [databases invullen, bijvoorbeeld Pubmed, MEDLINE, Embase, Emcare, Web of Science en Cochrane Library] (zie bijlage 1 voor de zoekverantwoording). De systematische zoekactie leverde [aantal studies] unieke treffer op. Na screening van de titel en het abstract op de inclusiecriteria (zie onderstaande tabel) zijn [aantal studies] artikelen geëxcludeerd. Van [aantal studies] artikelen is het volledige artikel gescreend. De artikelen die op basis van de volledige tekst zijn geëxcludeerd en de reden van exclusie zijn weergegeven in bijlage 3. Uiteindelijk leverde de zoekactie [aantal nieuw geïnccludeerde studies] studies op. Zie bijlage 2 voor het stroomdiagram van het inclusieproces.

Karakteristieken van geïncludeerde studies

De kenmerken van de geïncludeerde studies zijn weergegeven in bijlage 4. De [aantal geïncludeerde studies] ingesloten studies includeerden in totaal [totaal aantal patiënten over alle studies] patiënten met [aandoening]. De gemiddelde leeftijd van de patiënten varieerde tussen [ondergrens en bovengrens] jaar en het percentage vrouwen varieerde van [ondergrens en bovengrens]%. De duur van de klachten varieerde van [ondergrens en bovengrens]. [Geef een korte beschrijving van de interventies en controle interventies van de geïncludeerde studies].

Individuele studiekwaliteit (RoB)

[Beschrijf hier hoe het risico op bias van de geïncludeerde studies is beoordeeld en welke Tool is gebruikt. Zie voor meer informatie de KNGF-richtlijnenmethodiek en [Beoordelingsformulieren en andere downloads | Cochrane Netherlands](#). Beschrijf daarnaast ook een conclusie van bevindingen. Wat is de totale studiekwaliteit van de studies? Wat zijn de opvallende gebreken of pluspunten Het hieronder beschreven voorbeeld geldt voor RCT's, pas de tekst zo nodig aan.].

Het risico op vertekening (Risk of Bias, RoB) is door [initialen] gescoord met behulp van de Cochrane Risk-of-Bias tool (Higgins 2011). Het oordeel op de verschillende items is besproken met [initialen], waarna consensus is bereikt. Een overzicht van de beoordeling van de studiekwaliteit (RoB) per studie is weergegeven in bijlage 5 Risk-of-biastabel.

Het risico op vertekening als gevolg van de studie opzet en uitvoering (RoB) wordt als niet ernstig/ernstig/zeer ernstig beschouwd ten gevolge van...

Resultaten

Hieronder volgt per uitkomstmaat een samenvatting van de resultaten (effectgrootte gemiddeld verschil (MD), relatief risico (RR), risicoverschil (RV)). Per uitkomstmaat is de kwaliteit van het bewijs beoordeeld met de GRADE-methodiek. De bewijskracht, 'certainty of the evidence', reflecteert de mate van vertrouwen dat de schatting van een gevonden effect juist is.

[Beschrijf hier de effectiviteit en de bewijskracht per uitkomstmaat en voor de verschillende meetmomenten (bijvoorbeeld korte en lange termijn). Maak gebruik van de volgende voorbeeldteksten en voeg een GRADE SOF tabel in. Voeg de GRADE evidence profile tabel toe als bijlage. Exporteer deze tabellen uit GRADE Pro. Voeg ook de forestplots vanuit RevMan toe als bijlage. Let op: ook aangeven als er geen studies zijn gevonden voor een bepaalde uitkomstmaat, bijvoorbeeld: *Er zijn geen RCT's gevonden die het effect op pijn en/of fysiek functioneren hebben gemeten op lange termijn*. En ook aangeven als een studie niet meegenomen kon worden in de meta-analyse, inclusief de referentie.]

[GRADE SoF invoegen]

[Uitkomstmaat 1 en meetmoment (bijv. korte/lange termijn).

In [aantal studies] studie is de effectiviteit van [interventie] vergeleken met [controle] gemeten op de [uitkomstmaat, bijvoorbeeld: fysieke component van kwaliteit van leven op korte termijn] [referentie]. Het [gemiddelde verschil (MD) of gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SMD)] tussen de groepen op korte termijn was [waarde, bijvoorbeeld 6,20] punten (95% BI [waarde] tot [waarde]; [n=totaal aantal patiënten in deze vergelijking]) in het voordeel van [interventie of controle]. [Beschrijf hier ook of dit effect door de werkgroep als klinisch relevant is beoordeeld, of niet.]

Bijvoorbeeld: In één studie is de effectiviteit van behandeling op basis van het TCS vergeleken met behandeling zonder risicostratificatie gemeten op de fysieke component van kwaliteit van leven op korte termijn (Fritz 2003). Het gemiddelde verschil (MD) tussen de groepen op korte termijn was 6,20 punten (95% BI -8,74 tot 21,14; n=78) in het voordeel van de behandeling op basis van het TCS. Dit effect overschrijdt niet de vooraf gedefinieerde drempelwaarde voor klinische relevantie.

De bewijskracht is met [waarde] niveaus verlaagd tot [niveau] gezien [reden afwaarderen, bijvoorbeeld het risico op vertekening als gevolg van beperkingen in de willekeurige toewijzing].

[Uitkomstmaat 2 en meetmoment. Hier volgt een voorbeeld voor een dichotome uitkomstmaat: werkgerelateerde uitkomsten op korte termijn (aantal patiënten met werkrestricties)]

In [aantal studies] studie is de effectiviteit van [interventie] vergeleken met [controle] gemeten op de [uitkomstmaat] [referentie]. [Beschrijf bij voorkeur de absolute aantallen].

In één studie is de effectiviteit van behandeling op basis van het TCS vergeleken met behandeling zonder risicostratificatie gemeten op het aantal patiënten met werkrestricties op korte termijn. In de TCS groep hadden 58 personen last van werkrestricties vergeleken met 100 personen in de controle groep op korte termijn (RR 0,42; 95% BI 0,19 tot 0,92; n=158).

De bewijskracht is met drie niveaus verlaagd tot 'zeer laag' gezien het risico op vertekening als gevolg van de studie opzet en uitvoering (RoB) en onnauwkeurigheid van de resultaten.

Etc.

Conclusies op basis van de literatuur

[Samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de literatuur, met onder andere informatie over de effectiviteit (grootte van het effect) en de bewijskracht. Gebruik hiervoor de gestandaardiseerde formuleringen van het KNGF van resultaten en interpretatie uit de GRADE Tool voor interventies. Geef voor elke vergelijking en elke uitkomstmaat een statement. Maak onderscheid tussen cruciale en belangrijke uitkomstmaten.

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, heeft de werkgroep de resultaten uit de geselecteerde literatuur gewogen. Weging vond plaats op basis van de grootte van het effect en de bewijskracht, waarna de resultaten gestandaardiseerd zijn geformuleerd. Deze gestandaardiseerde formuleringen zijn internationaal geaccepteerd en doen een uitspraak over de zekerheid van het bewijs dat in een bepaald onderzoek is gevonden (Langendam 2022).

Cruciale uitkomstmaten:

[Uitkomstmaat 1 en meetmoment (bijv. korte/lange termijn)].

Bewijskracht (vul in: zeer laag, laag, redelijk, hoog)	Bv. X resulteert waarschijnlijk in een vermindering / toename van (redelijk effect, redelijke kwaliteit van bewijs). [woordkeuze is gebaseerd op de standaardformuleringen] (referenties), indien er geen GRADE is vastgesteld, wordt hier 'Geen GRADE uitgevoerd' beschreven.
(Niet) K/klinisch relevant	

[Uitkomstmaat 2 en meetmoment (bijv. korte/lange termijn)].

Bewijskracht (vul in: zeer laag, laag, redelijk, hoog)	Bv. X resulteert waarschijnlijk in een vermindering / toename van (redelijk effect, redelijke kwaliteit van bewijs). [woordkeuze is gebaseerd op de standaardformuleringen] (referenties), indien er geen GRADE is vastgesteld, wordt hier 'Geen GRADE uitgevoerd' beschreven.
(Niet) K/klinisch relevant	

Belangrijke uitkomstmaten:

[Uitkomstmaat 1 en meetmoment (bijv. korte/lange termijn)].

Bewijskracht (vul in: zeer laag, laag,	Bv. X resulteert waarschijnlijk in een vermindering / toename van (redelijk effect, redelijke kwaliteit van bewijs). [woordkeuze is gebaseerd op de standaardformuleringen]
---	--

redelijk, hoog)	(referenties), indien er geen GRADE is vastgesteld, wordt hier 'Geen GRADE uitgevoerd' beschreven.
(Niet) K/klinisch relevant	

[Uitkomstmaat 2 en meetmoment (bijv. korte/lange termijn).

Bewijskracht (vul in: zeer laag, laag, redelijk, hoog)	Bv. X resulteert waarschijnlijk in een vermindering / toename van (redelijk effect, redelijke kwaliteit van bewijs). [woordkeuze is gebaseerd op de standaardformuleringen] (referenties), indien er geen GRADE is vastgesteld, wordt hier 'Geen GRADE uitgevoerd' beschreven.
(Niet) K/klinisch relevant	

Van bewijs naar aanbeveling-overwegingen

[Om alle belangrijke criteria bij het maken van een aanbeveling in ogenschouw te nemen wordt elk van de criteria beschouwd en een oordeel over geveld. Dit oordeel wordt idealiter onderbouwd door wetenschappelijk bewijs (bij voorkeur een systematische review, inclusief beoordeling van de kwaliteit van bewijs). Wanneer dit niet voorhanden is wordt beschreven op welke wijze de werkgroep tot het oordeel gekomen is. Alle oordelen over de criteria samen, en weging hiervan, bepalen de sterkte van de aanbeveling. De weging van de oordelen en hoe deze tot de aanbeveling heeft geleid wordt onder woorden gebracht in de rationale van de aanbeveling. Zie voor aanvullende informatie de concept Tool GRADE voor interventies versie januari 2022. GRADE Pro kan eventueel gebruikt worden ter ondersteuning van de beoordeling van de criteria.]

Er zijn internationaal erkende criteria gehanteerd voor het beoordelen van het bewijs dat ten grondslag ligt aan de aanbevelingen. Deze criteria, evenals de overige overwegingen die de werkgroep formuleerde, bepalen de sterkte van de aanbeveling.

Het onderdeel van bewijs naar aanbeveling bevat een negental criteria die hieronder worden opgesomd.

1. Gewenste effecten

[Beschouw alle gewenste uitkomstmaten en beoordeel of over het geheel sprake is van een triviaal, klein, redelijk of groot effect. Houd rekening met het belang van de uitkomstmaten (cruciaal/belangrijk). Beoordeel ook of het effect belangrijk (klinisch relevant) is. Gebruik hiervoor een vooraf gestelde drempelwaarde. Gebruik de GRADE overzichtstabel ter onderbouwing. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De gewenste effecten van [interventie] ten opzichte van [controle] worden als [triviaal/klein/redelijk/groot] beoordeeld.

2. Ongewenste effecten

[Beschouw alle ongewenste uitkomstmaten en beoordeel of over het geheel sprake is van een triviaal, klein, redelijk of groot effect. Baseer dit op rapportage in de geïnccludeerde RCT's/aparte zoekactie indien tijd en middelen beschikbaar en indien relevant/overwegingen werkgroep. Beoordeel ook of het ongewenste effect belangrijk (klinisch relevant) is. Gebruik hiervoor een vooraf gestelde drempelwaarden. Gebruik de GRADE overzichtstabel ter onderbouwing. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De ongewenste effecten van [interventie] ten opzichte van [controle] worden als [triviaal/klein/redelijk/groot] beoordeeld.

3. Kwaliteit van bewijs

[Beschouw de bewijskracht op basis van de GRADE beoordeling voor alle gewenste en ongewenste effecten en beoordeel of over het geheel sprake is van een zeer lage, lage, redelijke of hoge bewijskracht. Gebruik de GRADE overzichtstabel ter onderbouwing. De algehele kwaliteit van bewijs wordt bepaald door de cruciale uitkomst met de laagste kwaliteit van bewijs. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

De bewijskracht van de gewenste effecten worden als [zeer laag/laag/redelijk/hoog] beoordeeld.

De bewijskracht van de ongewenste effecten worden als [zeer laag/laag/redelijk/hoog] beoordeeld.

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.]

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

5. Balans gewenste en ongewenste effecten

[Beoordeel of de gewenste effecten opwegen tegen de ongewenste effecten op basis van de omvang van de effecten en de bewijskracht. Neem hierbij ook de waarden en voorkeuren van patiënten in ogenschouw en

motiveer de keuze. Beschrijf je bevindingen. Beschrijf ook het uiteindelijke oordeel, zie hiervoor de hieronder vermelde gestandaardiseerde zin.]

Concluderend:

De gewenste effecten overtreffen zeker de ongewenste effecten

De gewenste effecten overtreffen waarschijnlijk de ongewenste effecten

De gewenste en ongewenste effecten zijn gelijk

De ongewenste effecten overtreffen waarschijnlijk de gewenste effecten

De ongewenste effecten overtreffen zeker de gewenste effecten

De motivatie hiervoor is dat

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 benodigde middelen voor de interventie worden als groot/matig/verwaarloosbaar/besparingen/grote besparingen beoordeeld.

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

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.]

De interventie zal leiden tot een toename/mogelijke toename/mogelijke afname/afname van gezondheidsgelijkheid.

8. Aanvaardbaarheid

[Beoordeel of de interventie naar verwachting zal worden geaccepteerd door belangrijke belanghebbenden. 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 interventie zal 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.

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 als realistisch/waarschijnlijk wel realistisch/waarschijnlijk niet realistisch/niet realistisch beoordeeld.

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](#)].

Eventuele additionele overwegingen

Subgroepen van patiënten voor wie specifieke aanbevelingen kunnen gelden.

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

Aandachtspunten voor implementatie

[Optioneel: beschrijf als relevant waar op gelet moet worden bij de implementatie van de aanbeveling. Zie ook het onderdeel 'haalbaarheid']

Kennislacunes

[Optioneel: beschrijf indien van toepassing op deze uitgangsvraag kennislacunes die zijn vastgesteld op basis van de uitgangsvraag. Uit het systematisch literatuuronderzoek dat wordt uitgevoerd binnen de richtlijn kan blijken dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor het beantwoorden van een uitgangsvraag. Ook kan er sprake zijn van conflicterend bewijs. In beide gevallen is er sprake van een kennislacune (Zorginstituut Nederland 2021). De hier beschreven kennislacunes dienen ondersteunend en direct gerelateerd te zijn aan de uitgangsvraag. Kennislacunes vormen inbreng voor de Onderzoeksagenda.]

Bijlagen

Bijlage 1. Zoekverantwoording

Onderzoeksvraag	
Zoekdatum	
Database (aantal hits)	PubMed (156 hits)
Zoektermen	("Low Back Pain"[mesh] OR "low back pain"[tiab] OR "low back pains"[tiab] OR "lumbago"[tiab] OR "lower back pain"[tiab] OR "lower back pains"[tiab] OR "low back ache"[tiab] OR "low backache"[tiab] OR "Sciatica"[mesh] OR "sciatica"[tiab] OR "sciatic neuralgia"[tiab] OR (("lumbar"[tiab] OR "lumbosacral"[tiab] OR "lumb-sacral"[tiab] OR "back"[tiab]) ADJ5 (pain*[tiab] OR ache*[tiab] OR "aching"[tiab])) OR backache*[tiab] OR ("radiculopathy"[tiab] OR "radiculitis"[tiab] OR "radicular pain"[tiab]) AND (back*[tiab] OR "lumbosacral"[tiab] OR "lumbo-sacral"[tiab] OR "lumbar"[tiab])) OR ((nerve root*[tiab] ADJ5 (pain*[tiab] OR "avulsion"[tiab] OR compress*[tiab] OR disorder*[tiab] OR pinch*[tiab] OR inflame*[tiab] OR imping*[tiab] OR irrit*[tiab] OR entrap*[tiab] OR trap*[tiab])) AND (back*[tiab] OR "lumbosacral"[tiab] OR "lumbo-sacral"[tiab] OR "lumbar"[tiab])) OR "Radiculopathy"[mesh]) AND zoektermen interventie AND ("2015/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (english[la] OR dutch[la]) NOT ("Animals"[mesh] NOT "Humans"[mesh])) NOT (("Case Reports"[ptyp] OR "case report".ti OR "editorial"[ptyp] OR "editorial".ti OR "comment"[ptyp]) NOT ("Review"[ptyp] OR "Clinical Study"[ptyp]))
Database (aantal hits, waarvan aantal uniek)	Embase (24 hits, waarvan 12 uniek)
Zoektermen	(("Low Back Pain"/ OR "low back pain".ti,ab OR "low back pains".ti,ab OR "lumbago".ti,ab OR "lower back pain".ti,ab OR "lower back pains".ti,ab OR "low back ache".ti,ab OR "low backache".ti,ab OR "Sciatica"/ OR "sciatica".ti,ab OR "sciatic neuralgia".ti,ab OR ("lumbar" OR "lumbosacral" OR "lumb-sacral" OR "back") ADJ5 ("pain*" OR "ache*" OR "aching")).ti,ab OR "backache*".ti,ab OR ("radiculopathy" OR "radiculitis" OR "radicular pain") AND ("back*" OR "lumbosacral" OR "lumbo-sacral" OR "lumbar")).ti,ab OR ((nerve root*" ADJ5 ("pain*" OR "avulsion" OR "compress*" OR "disorder*" OR "pinch*" OR "inflame*" OR "imping*" OR "irrit*" OR "entrap*" OR "trap*")) AND ("back*" OR "lumbosacral" OR "lumbo-sacral" OR "lumbar")).ti,ab OR exp "Radiculopathy"/) AND zoektermen interventie AND (2015 OR 2016 OR 2017 OR 2018 OR 2019 OR 2020).yr AND (english.la OR dutch.la) NOT (exp "Animals"/ NOT exp "Humans"/)) NOT (("Case Reports"/ OR "case report".ti OR "editorial"/ OR "editorial".ti) NOT (exp "Review"/ OR exp "Clinical Study"/)) NOT (conference review or conference abstract).pt
Database (aantal hits, waarvan aantal uniek)	Etc.
Zoektermen	Etc.

Bijlage 2. Stroomdiagram

Zie bijvoorbeeld <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Bijlage 3. Exclusietabel op basis van volledige artikel

[illegible]

Bijlage 4. Karakteristieken en resultaten van de geïncludeerde studies

Studie & studie karakteristieken	Patiënt karakteristieken	Interventie (I)/blootstelling	Controle (C)	Follow-up	Uitkomstmaten	Data Gem (SD) / Events (aantal pp in groep)	Effectmaat (MD/SMD/RR/OR/RD/NNT en 95% BI)
1^e auteur en jaartal Design (bijv. RCT/cluster RCT/crossover studies /RCT met multiple intervention groups/observati onele studie/SR) Aantal geïncludeerde proefpersonen in de volledige studie Andere studie karakteristieken die relevant zijn voor de vraagstelling, bijvoorbeeld setting, regio('s) en land/landen waaruit	Kenmerken van deelnemers aan het begin van het onderzoek (bijvoorbeeld leeftijd en geslacht). Belangrijkste inclusiecriteria en diagnostische criteria. Eventueel andere patiëntkarakteristieken die relevant zijn voor de vraagstelling, zoals comorbiditeit, sociaaleconomische status, duur van de klachten.	Beschrijving van de interventie(s), idealiter met voldoende detail voor replicatie: componenten en toediening (type) van de interventie, doses, timing, frequentie, intensiteit, tijdsduur. Factoren die relevant zijn voor implementatie (bijv. personeelskwalificaties, apparatuur vereisten). De mate waarin de gespecificeerde procedures of onderdelen van de interventie werden uitgevoerd zoals gepland. Beschrijving van co-interventies. Voor observationele studies: beschrijving van hoe de interventiestatus werd beoordeeld;	Beschrijving van de controle interventie(s), idealiter met voldoende detail voor replicatie. Definitie van 'controle'-groepen indien van toepassing (bijv. geen interventie, placebo, gebruikelijke zorg) met eventueel componenten en toediening (type) van de interventie, doses, timing, frequentie, intensiteit, tijdsduur.	Timing van uitkomst metingen. Alleen meetmom ent(en) dat je hebt gedefiniee rd in de inclusiecrit eria.	Voor ieder vooraf gedefinieerde uitkomstmaat: Uitkomstdomein, meetinstrument; voor een schaal: naam van de schaal, boven en ondergrenzen (dit kan ook in de voetnoot) en of een hoge of lage score gunstig is (indien nodig scores omrekenen zodat een hogere score overeenkomt met minder pijn, hoger niveau van fysiek functioneren etc*), specifieke metriek (bijv. angst na de interventie of aanwezigheid van angst na de interventie (ja/nee)). Voor de ongewenste effecten aangeven of ze systematisch of niet-systematisch zijn verzameld (bijvoorbeeld door middel van vrijwillige rapportage). De rapportage van systematisch verzamelde	Voor de interventie en controlegroep op elke uitkomst en op elk tijdstip gemiddelden en standaarddevi aties of events per aantal proefpersone n (follow-up scores). Als de follow-up scores niet gerapporteerd worden de changes scores van baseline tot follow-up vermelden (geef een toelichting in de voetnoot).	De 'between group' verschilscores op het betreffende follow-up moment, dat het effect van de interventie op de uitkomst kwantificeert (bijv risk ratio, odds ratio, mean difference, standardized mean difference), en hun precisie. Bereken deze scores in RevMan (in sommige gevallen is het beter om de effectmaat te extraheren, bijvoorbeeld bij

proefpersonen zijn gerekruteerd Link naar de RoB van de studie Source of funding and conflicts of interest: One or		blootstellingsduur, cumulatieve blootstelling			ongewenste effecten is gelijk aan de gewenste effecten.	Als de sd van de follow-up score niet gerapporteerd wordt kan de baseline sd gebruikt worden, of kan de sd worden berekend uit de 95% BI, SE, p-waarde of t- waarde (gebruik RevMan en geeft een toelichting in de voetnoot). Als subgroep analyse is gepland, moet dezelfde informatie worden geëxtraheerd voor elke deelnemersgr oep.	cluster RCT's en crossover trials, als de follow-up scores of changes scores per groep niet worden gerapporteerd, of als de effectmaat is gecorrigeerd (zie Cochrane Handbook paragraaf 6.3).
--	--	--	--	--	---	---	--

*Cochrane Handbook paragraaf 6.5.1: If some scales increase with disease severity (for example, a higher score indicates more severe depression) whilst others decrease (a higher score indicates less severe depression), it is essential to multiply the mean values from one set of studies by –1 (or alternatively to subtract the mean from the maximum possible value for the scale) to ensure that all the scales point in the same direction, before standardization. The SD does not need to be modified.

VOORBEELD							
Studie & studie karakteristieken	Patiënt karakteristieken	Interventie (I)/blootstelling	Controle (C)	Follow-up	Uitkomstmaten	Data Gem (SD) / Events (aantal pp in groep)	Effectmaat (MD/SMD/RR/OR/RD/NNT en 95% BI)
OEFENTHERAPIE EN MASSAGE VERSUS MASSAGE							
Preyde 2000 RCT Canada N=104 Source of funding and conflicts of interest: One or	Leeftijd: gem 48 jaar Vrouw: 48,5% Duur van de klachten: 12,5 weken Uitstraling: onbekend	Oefentherapie en massage (n=25) Oefeningen gericht op herstel en educatie over houdingscorrectie, gecombineerd met manipulatie van de weke delen. De oefeningen bestonden uit huiswerk rekoefeningen voor de romp, heupen en bovenbenen. Daarnaast werd met name educatie over houding en lichaamsmechanica tijdens werk en dagelijkse activiteiten verstrekt. De proefpersonen werden gestimuleerd om algemene activiteiten te ondernemen ten behoeve van de kracht en het uithoudingsvermogen om de algehele conditie geleidelijk op te bouwen. De	Oefentherapie (n=22) Oefeningen gericht op herstel en educatie over houdingscorrectie in overeenstemming met de interventiegroep.	8 weken (korte termijn)	Pijn Present Pain Index (0-100) Fysiek functioneren RMDQ (0-24)	I: 91,6 (12) ^{c, h} C: 73,4 (16) ^{c, h} I: 22,46 (2,0) ^c C: 18,29 (4,8) ^c	18,20 (10,03 tot 26,37) 4,17 (2,02 tot 6,32)

		oefentherapie en educatie duurde ongeveer 15-20 minuten. De manipulatie van de weke delen bestond uit 30-35 minuten zoals frictioneren, trigger point behandeling en neuromusculaire behandeling met als doel de bloedsomloop te stimuleren en ontspanning. Alle proefpersonen ontvingen zes behandelingen binnen één maand.					
Bellido-Fernández 2018 RCT Spanje N=27 Source of funding and conflicts of interest: One or	Leeftijd: gem 32,6 jaar Vrouw: 85% Duur van de klachten: minimaal 12 weken Uitstraling: onbekend	Oefentherapie en massage (n=9) Deze groep ontving afwisselend 4 behandelingen van massagetherapie en nog eens 4 van abdominale hypopressieve gymnastiek De massagetherapie was gericht op de wervelkolom, ontworpen voor het herstel van het thoracale-lumbale en cervicale systeem, evenals dat van het gehele fasciale systeem. Elke groep kreeg 8 behandelingen van 30 minuten	Oefentherapie (n=9) Oefentherapie bestaande uit een serie van 6 statische buikhypopressieve oefeningen.	8 weken (korte termijn)	Pijn NRS (0-100) Fysiek functioneren ODI (0-100)	I: 77,8 (?)^{a, c, d} C: 70,8 (?)^{a, c, d} I: 91,88 (?)^{a, c} C: 88,93 (?)^{a, c}	7 (-) 2,95 (-)

Een hogere score komt overeen met minder pijn, hoger niveau van fysiek functioneren en een beter kwaliteit van leven. Een positieve MD staat voor een voordeel voor de interventiegroep. Afkortingen: gem.= gemiddeld; sd= standaard deviatie; MD= gemiddeld verschil (mean difference); BI= betrouwbaarheidsinterval; ? = onbekend. ^adata geëxtraheerd uit figuur; ^bfollow-up SD is niet gerapporteerd, baseline SD is gebruik; ^cscore getransformeerd, zodat een hogere score overeenkomt met minder pijn, hoger niveau van functioneren en een betere kwaliteit van leven; ^dscore getransformeerd van een 0-10 schaal naar een 0-100 schaal; ^eSD berekend uit de 95% BI van de MD; ^fSD berekend uit SE; ^ggetransformeerd van een 0-50 naar een 0-100 schaal; ^hgetransformeerd van een 0-5 naar een 0-100 schaal; ODI = Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire; NRS = Numeric Rating Scale; RMDQ = Roland Morris Low Back Pain and Disability Questionnaire. **vet** = gebruikt voor meta-analyse.

Bronnen

Akl EA, Welch V, Pottie K, Eslava-Schmalbach J, Darzi A, Sola I, Katikireddi SV, Singh J, Murad MH, Meerpohl J, Stanev R, Lang E, Matovinovic E, Shea B, Agoritsas T, Alexander PE, Snellman A, Brignardello-Petersen R, Gloss D, Thabane L, Shi C, Stein AT, Sharaf R, Briel M, Guyatt G, Schunemann H, Tugwell P. GRADE equity guidelines 2: considering health equity in GRADE guideline development: equity extension of the guideline development checklist. *J Clin Epidemiol*. 2017;90:68-75.

Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration; 2011 [updated March 2011].

Zorginstituut Nederland. AQUA-Leidraad.

Tabblad 3: 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].

Betrokkenheid van belanghebbenden (auteurs)

[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 projectgroep samengesteld, bestaande uit een kerngroep en een multidisciplinaire werk- en klankbordgroep. De kerngroep bestaat uit een richtlijnadviseur(s) 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

De rollen en taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in de KNGF-richtlijnenmethodiek.

Kerngroep

Bijvoorbeeld:

Kerngroep	
	richtlijnadviseur, projectleider KNGF, plaats
	onderzoeker, docent, fysiotherapeut, manueel therapeut, plaats
	richtlijnadviseur, beleidsmedewerker VvOCM
	manager kwaliteitsbeleid KNGF
	onderzoeker
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; Radboudumc = Radboud Universitair Medisch Centrum; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.	

Werkgroep

Bijvoorbeeld:

Werkgroep	
	voorzitter werkgroep, plaats
Xxxx	Informatiespecialist noemen
	vertegenwoordiger patiënten, afgevaardigde PF
	huisarts, afgevaardigde NHG
	anesthesioloog, afgevaardigde NVA
	bewegingspecialist 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.	

Belangen

Voorafgaand aan en bij afsluiting van het project hebben alle leden van de projectgroep een belangenverklaring ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en indien nodig (bij een 'conflict of interest') werden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen (bijvoorbeeld het niet participeren in het proces 'van bewijs naar aanbeveling' in de werk- of klankbordgroep) om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling zo veel mogelijk te voorkomen, volgens de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2025' (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2022).

De belangen zijn weergegeven in onderstaand overzicht. De originele verklaringen zijn op te vragen bij het KNGF.

	Hoofdfuncties	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke relaties	Reputatiemanagement	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen	Restricties
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].

Partijen en personen die betrokken waren in de commentaarfase

De volgende partijen of personen betrokken in de commentaarfase:

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 ook gefinancierd door het KNGF en de VvOCM.]

Toepassing van de KNGF-richtlijnen methodiek

De ontwikkeling van deze module heeft plaatsgevonden volgens 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.