



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## Leidraad richtlijnontwikkeling LCI

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

T +31 88 689 8989  
[info@rivm.nl](mailto:info@rivm.nl)

Caroline van den Ende  
Linda Smid

Versie 0.2: 14 december 2023

## Inhoud

<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>Huidige werkwijze .....</b>	<b>3</b>
<b>Vorbereidingsfase</b>	
<b>1. Onderwerp, doel en doelgroep .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Identificeren betrokken beroepsorganisaties en zorggebruikers .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Formeren werkgroep .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Betrekken zorgprofessionals, zorggebruikers en methodologen.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Voorkomen oneigenlijke beïnvloeding belangenverstrengeling .....</b>	<b>5</b>
<b>Ontwikkelfase</b>	
<b>6. Knelpuntenanalyse .....</b>	<b>5</b>
<b>7. Opstellen uitgangsvragen .....</b>	<b>5</b>
<b>8. Systematisch samenvatten kennis .....</b>	<b>6</b>
<b>9. Van bewijs naar aanbeveling .....</b>	<b>6</b>
<b>10. Formuleren aanbevelingen.....</b>	<b>7</b>
<b>11. Vast herkenbare onderdelen en modulaire opbouw .....</b>	<b>7</b>
<b>12. Kosten en economische aspecten .....</b>	<b>7</b>
<b>13. Kennislacunes.....</b>	<b>8</b>
<b>14. Voorstel evaluatie geleverde zorg.....</b>	<b>8</b>
<b>15. Afgeleide producten.....</b>	<b>8</b>
<b>Afrondingsfase</b>	
<b>16. Commentaarronde .....</b>	<b>8</b>
<b>17. Accordering primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisaties .....</b>	<b>8</b>
<b>18. Procedure voor onderhoud richtlijn .....</b>	<b>9</b>
<b>19. Implementatie .....</b>	<b>9</b>
<b>Toekomstige werkwijze .....</b>	<b>9</b>
<b>Stappen voor het vervolg .....</b>	<b>13</b>

## Inleiding

### Waar gaat deze leidraad over?

In deze leidraad wordt het huidige richtlijnenproces van de LCI-richtlijnen beschreven. In ieder hoofdstuk wordt een specifiek onderdeel van de richtlijnontwikkeling behandeld. Deze onderdelen volgen de [AQUA-Leidraad](#), waarin het proces van richtlijnontwikkeling wordt beschreven aan de hand van de volgende fasen: voorbereidingsfase, ontwikkelfase en afrondingsfase. Per onderdeel wordt weergegeven wat de huidige werkwijze is en of/in hoeverre we daarbij afwijken van AQUA.

Na de beschrijving van het huidige proces volgt per onderdeel de toekomstige (gewenste) werkwijze ('waar willen we naar toe'). Deze werkwijze zal de komende tijd verder worden uitgewerkt.

### Wat is het doel van deze leidraad?

Het opstellen van deze leidraad is onderdeel van een in 2023 gestart kwaliteitsverbetertraject binnen de afdeling Richtlijnen. Doel van deze leidraad is te komen tot een gestandaardiseerd proces voor de LCI-richtlijnontwikkeling.

### Voor wie is deze leidraad bedoeld?

Deze leidraad is bedoeld voor medewerkers van de LCI betrokken bij richtlijnontwikkeling. Naast deze leidraad is een (meer gedetailleerde) werkinstructie beschikbaar voor auteurs, gericht op de *ontwikkelfase* van de richtlijn. Voor de gebruikers van de richtlijnen is naast de leidraad ook een [Totstandkomingsdocument](#) beschikbaar, die het ontwikkelproces beknopt beschrijft, inclusief de totstandkoming van de arbo-, diagnostiek- en veterinaire paragrafen en de procedure voor onderhoud.

## Huidige werkwijze

### Voorbereidingsfase

#### 1. Onderwerp, doel en doelgroep

In de eerste stap van de voorbereidingsfase wordt o.a. het onderwerp van de richtlijn vastgesteld. Volgens de AQUA-leidraad wordt voor een effectieve implementatie en het bereiken van de doelpopulatie ook de doelstelling van de richtlijn duidelijk beschreven en dienen de einddoelgroepen specifiek te worden benoemd, zodat beoogde gebruikers direct kunnen vaststellen of de richtlijn voor hen relevant is.

Alle LCI-richtlijnen gaan over infectieziekten. De richtlijnen geven per infectieziekte een systematisch overzicht van:

- de meest recente kennis over relevante aspecten;
- landelijke afspraken over de aanpak van de bestrijding;
- de rol van de GGD en andere professionals in de publieke gezondheid betrokken bij de bestrijding.

In het totstandkomingsdocument wordt dit beschreven.

De LCI maakt richtlijnen infectieziektebestrijding voor zorgprofessionals. Zij kunnen deze gebruiken als basis voor het nemen van geïnformeerde beslissingen en het maken van beleid in de praktijk. Het doel van de richtlijnen is standaard opgenomen onder een apart kopje in de richtlijn, zodat professionals de richtlijn voor het juiste doel gebruiken.

De primaire doelgroep van de LCI-richtlijnen bestaat uit GGD-professionals die zich bezighouden met de preventie en bestrijding van infectieziekten. Enkele van de richtlijnen betreffen echter multidisciplinaire richtlijnen die voornamelijk gericht zijn op preventie van infectieziekten bij risicogroepen. In de richtlijn wordt expliciet benoemd voor wie deze bedoeld is.

## **2. Identificeren betrokken beroepsorganisaties en zorggebruikers**

Volgens de AQUA-leidraad is het essentieel dat alle bij het onderwerp betrokken organisaties kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van de richtlijn. Naast betrokken beroepsorganisaties zijn dit ook organisaties die de patiënten-/cliëntengroep(en) vertegenwoordigen. Hun bijdrage kan bestaan uit gemandateerde afvaardiging in een werkgroep die de opdracht krijgt de richtlijn te ontwikkelen, maar ook door deze organisaties naar knelpunten en om commentaar te vragen.

In de huidige werkwijze van de LCI krijgen interne en externe deskundigen de gelegenheid om de (concept)richtlijn te becommentariëren. Indien nodig wordt al eerder contact opgenomen om af te stemmen over bepaalde onderdelen van de richtlijn. Er wordt niet standaard gebruikgemaakt van een werkgroep die de richtlijn ontwikkelt, dit wordt doorgaans gedaan door een interne of externe auteur. Er zijn geen organisaties betrokken die de patiënten- of cliëntengroep vertegenwoordigen.

## **3. Formeren werkgroep**

In deze stap van de voorbereidingsfase van de AQUA-leidraad formeren de primair betrokken organisaties de werkgroep. De werkgroep ontwikkelt de richtlijn.

Er wordt voor de LCI-richtlijnen niet standaard gebruikgemaakt van een werkgroep die de richtlijn ontwikkelt.

## **4. Betrekken zorgprofessionals, zorggebruikers en methodologen**

De AQUA-leidraad schrijft voor dat bij alle fasen van de ontwikkeling van richtlijnen zorgprofessionals, zorggebruikers en methodologische experts zijn betrokken.

Voor de LCI-richtlijnen geldt nu dat zorgprofessionals met inhoudelijke kennis en ervaring in de praktijk met betrekking tot het onderwerp van de richtlijn betrokken zijn (zij lezen mee/becommentariëren de conceptrichtlijn). Het zorggebruikersperspectief wordt momenteel niet meegenomen. Voor het uitvoeren van de literatuursearch is op afroep een informatiespecialist beschikbaar. Een methodoloog is niet standaard betrokken.

## 5. Voorkomen oneigenlijke beïnvloeding belangenverstremgeling

Oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling moet worden voorkomen; eventuele belangen van werkgroepleden worden vastgelegd door een belangenverklaring die alle leden invullen voordat de werkgroep begint met de ontwikkeling.

In het totstandkomingsdocument van de LCI-richtlijnen is opgenomen dat de auteur en referenten geen financieel of zakelijk belang hebben bij het onderwerp van de richtlijn. Dit wordt vastgelegd in de auteursovereenkomst, waarvan het ondertekenen van de Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling deel uitmaakt. In de richtlijn zelf is geen informatie vastgelegd over eventuele belangen/de onafhankelijkheid van de opstellers.

## Ontwikkelfase

### 6. Knelpuntenanalyse

In de eerste stap van de ontwikkelfase van de richtlijn dient een knelpuntenanalyse te worden uitgevoerd waarbij in kaart wordt gebracht wat de ervaren knelpunten zijn door zorgprofessionals en zorggebruikers. De werkgroep is verantwoordelijk voor analyse en prioritering van de knelpunten.

Voor de LCI-richtlijnen geldt momenteel dat de knelpuntenanalyse wordt uitgezet onder deelnemers van het Provinciaal Overleg Infectieziekten (POI). Zij krijgen de vraag om de huidige richtlijn te bekijken en knelpunten te noteren. De knelpunten kunnen medisch-inhoudelijk van aard zijn, maar ook betrekking hebben op de praktijkvoering. Hierbij kan men denken aan:

- Is de richtlijn beknopt? Zijn er passages die korter kunnen?
- Is de onderbouwing voldoende en duidelijk?
- Is de richtlijn voldoende praktisch uitvoerbaar? Zijn de maatregelen proportioneel?

Gevraagd wordt om de knelpunten als vraag te formuleren - deze kunnen worden gemaïld naar de secretaris van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI). Naast de knelpunten verzameld bij het POI worden vragen/knelpunten t.a.v. de richtlijn binnengekomen via de mail, en knelpunten geregistreerd in het *Casuïstiek Registratie Infectieziekten systeem (CRIOS)*, nagelopen. De analyse en prioritering van de knelpunten worden gedaan door de auteur, in overleg met de (bestaande) themawerkgroepen van de LCI.

### 7. Opstellen uitgangsvragen

Op basis van de geprioriteerde knelpunten dienen uitgangsvragen te worden opgesteld. Deze kunnen betrekking hebben op elementen zoals etiologie, preventie, diagnostiek en interventies. De uitgangsvragen zijn zo specifiek mogelijk geformuleerd.

Momenteel geldt niet voor alle LCI-richtlijnen dat uitgangsvragen zijn opgesteld. Indien dit wel het geval is, zijn deze opgenomen in een onderbouwingsbijlage bij de richtlijn.

## 8. Systematisch samenvatten kennis

Dit onderdeel omvat:

- Doorzoeken van bestaande (binnen- en buitenlandse) richtlijnen/standaarden op adequate en transparante systematische samenvattingen van relevante literatuur, welke samenvattingen zo mogelijk kunnen worden gebruikt en geactualiseerd.
- Systematisch zoeken naar literatuur in wetenschappelijke databases. Indien er geen goede bestaande richtlijnen zijn die aansluiten bij de vastgestelde uitgangsvragen, wordt een zoekstrategie ontworpen en uitgevoerd. Dit omvat een systematische zoekstrategie, van te voren vastgestelde in- en exclusiecriteria en systematische beoordeling van de kwaliteit van de studies, zo mogelijk gevolgd door kwantitatieve pooling van de resultaten.
- Samenvatten van de onderzoekgegevens in tabellen met studiekarakteristieken en een graderingssysteem dat de kracht van het bewijs expliciet maakt, bij voorkeur de GRADE-methodiek.
- Voor uitgangsvragen die beantwoord worden met andersoortige kennis dan wetenschappelijke literatuur of waar vrijwel geen wetenschappelijke evidentie voorhanden is: op andere manieren informatie verzamelen, bijvoorbeeld een panel van experts systematisch bevragen via vragenlijsten of focusgroepen.

Indien er voor de herziening van de betreffende LCI-richtlijn één of meerdere uitgangsvragen zijn opgesteld, voert de informatiespecialist - in overleg met de auteur - aan de hand van een zoekstrategie een search uit in wetenschappelijke databases. Daarnaast wordt gezocht naar relevante bestaande (inter)nationale richtlijnen. De resultaten van de search worden gedeeld met de auteur, die de resultaten per zoekvraag op relevantie en kwaliteit beoordeelt. De aldus geschikt bevonden artikelen worden gebruikt om de vastgestelde uitgangsvragen op een evidence-based wijze te beantwoorden en (indien aanwezig) samengevat in de onderbouwingsbijlage. Voor de uitgangsvragen waar geen wetenschappelijke literatuur voorhanden is wordt overlegd met (interne) deskundigen; de informatie wordt in de onderbouwingsbijlage (indien aanwezig) beschreven onder een kopje 'Overige overwegingen'.

## 9. Van bewijs naar aanbeveling

Volgens AQUA dient in de tekst van de richtlijn een expliciet verband te bestaan tussen de onderliggende kennis (wetenschappelijke kennis en/of expert kennis) en de aanbevelingen. Daarbij hoort een beschrijving van de overwegingen (bijv. veiligheid, doelmatigheid, uitvoerbaarheid, acceptatie) om tot bepaalde aanbevelingen te komen. Ook hierbij wordt voorkeur de GRADE methodiek (onderdeel 'van bewijs naar aanbeveling') gebruikt.

Sommige LCI-richtlijnen hebben een onderbouwingsbijlage met uitgangsvragen, een samenvatting van de literatuur en een beschrijving van overige overwegingen waarna de aanbeveling volgt. Het wordt niet inzichtelijk gemaakt hoe de aanbevelingen tot stand zijn gekomen en wat de samenhang is met de conclusies uit de literatuur en de overwegingen.

## 10. Formuleren aanbevelingen

Een aanbeveling dient antwoord te geven op een uitgangsvraag en beschrijft concreet en specifiek welk beleid in bepaalde situaties bij een welomschreven groep/populatie wordt aanbevolen. Ook is de aanbeveling zo geformuleerd of gegradeerd dat duidelijk is hoe krachtig die moet worden opgevat. Als het niet goed mogelijk is een keuze te maken voor een bepaalde beleids optie vanwege het ontbreken van richtinggevend bewijs van hoge kwaliteit, dienen de voor- en nadelen van de verschillende beleids opties expliciet te worden beschreven.

De aanbevelingen zijn in de LCI-richtlijnen verwerkt in de paragrafen 'Preventie', 'Maatregelen', en 'Profylaxe en behandeling' als onderdeel van de lopende tekst. De kracht van het onderliggende bewijs is niet in de formulering opgenomen.

## 11. Vast herkenbare onderdelen en modulaire opbouw

Volgens de AQUA-leidraad dient een richtlijn de volgende onderdelen te bevatten:

- samenvatting
- algemene inleiding met verantwoording van het ontwikkelproces
- modules met onderbouwde aanbevelingen voor de praktijk
- informatieparagraaf (indien relevant)
- overzicht van belangrijkste kennislacunes
- voorstel voor thema's om gebruik van de richtlijn/standaard te evalueren
- adviezen voor implementatie met voorstel voor afgeleide producten.

De LCI-richtlijnen bevatten een samenvatting en uitgebreide achtergrondinformatie. Het ontwikkelproces is generiek en wordt beschreven in het totstandkomingsdocument, waarnaar in elke richtlijn gelinkt wordt. De richtlijnen hebben een vaste opbouw van achtergrondparagrafen en paragrafen met aanbevelingen. De paragrafen met aanbevelingen hebben geen modulaire opbouw, maar de aanbevelingen zijn verwerkt als onderdeel van de lopende tekst. Er wordt geen overzicht gegeven van kennislacunes. Een informatieparagraaf (met aanbevelingen voor vastlegging en uitwisseling van gegevens die bijvoorbeeld nodig zijn voor overdracht van de cliënt en interdisciplinaire samenwerking) lijkt niet relevant voor de LCI-richtlijnen. Het voorstel voor evaluatie van gebruik van de richtlijn en adviezen voor implementatie en afgeleide producten komen aan de orde in paragraaf 14 en 15 hieronder.

## 12. Kosten en economische aspecten

Een richtlijn dient aandacht te besteden aan kosten en andere economische aspecten. Informatie over doelmatigheid (kosteneffectiviteit) kan worden gebruikt om aanbevelingen aan te scherpen, beter te onderbouwen of te differentiëren naar specifieke subgroepen van zorggebruikers.

De LCI-richtlijnen bevatten niet standaard een beschrijving van de overwegingen, zoals kosten en economische aspecten. Soms wordt dit beschreven in de onderbouwingsbijlage onder 'Overige overwegingen'.

### **13. Kennislacunes**

Kennislacunes dienen in de richtlijn beschreven te worden in een aparte paragraaf of bijlage, bij voorkeur met prioritering ten behoeve van de wetenschappelijke onderzoeksagenda.

In de LCI-richtlijnen worden kennislacunes niet standaard beschreven.

### **14. Voorstel evaluatie geleverde zorg**

In de richtlijn dienen thema's te worden benoemd die van belang zijn om de geleverde zorg te evalueren. De meest gebruikte meetinstrumenten zijn kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de aanbevelingen in de richtlijn.

In de LCI-richtlijnen is geen voorstel opgenomen voor het evalueren van de geleverde zorg. Het volgen van de richtlijn is lastig kwantitatief vast te stellen, het wel of niet optreden van (secundaire) infecties, en de duur en omvang van uitbraken hangen van veel verschillende factoren af, niet alleen van het volgen van de richtlijn.

### **15. Afgeleide producten**

Volgens AQUA dient een richtlijn gepaard te gaan met afgeleide producten die de toepassing van de richtlijn bevorderen, bijvoorbeeld protocollen, voorlichtings- en educatiemateriaal, en keuzehulpen die de besluitvorming door de zorgprofessional bevorderen.

LCI-richtlijnen bevatten links naar andere informatie voor professionals en het publiek, soms ook patiëntervaringsfilms. Soms is een stroomdiagram of tabel toegevoegd waarin het geadviseerde beleid schematisch wordt weergegeven.

### **Afrondingsfase**

#### **16. Commentaarrronde**

Voor publicatie van de richtlijn dienen experts en toekomstige gebruikers van de richtlijn te worden geraadpleegd.

Voor de LCI-richtlijnen geldt dat in twee meelezersrondes experts/toekomstige gebruikers worden gevraagd de conceptrichtlijn te becommentariëren. De auteur verwerkt en verantwoordt het commentaar.

#### **17. Accordering primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisaties**

De richtlijn dient te worden geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisaties.

De LCI-richtlijnen worden vastgesteld door het LOI. Patiëntenorganisaties accorderen de richtlijn niet. Aangezien de doelgroep in de infectieziektebestrijding veelal bestaat uit nog gezonde contacten is dit vaak niet relevant/van meerwaarde.



## 18. Procedure voor onderhoud richtlijn

Een procedure voor onderhoud van de richtlijn dient vermeld te zijn. Aanbevolen wordt om een procedure op te stellen voor het omgaan met onbeantwoorde knelpunten en met nieuwe (wetenschappelijke) inzichten die tot tussentijdse wijziging van bestaande of nieuwe aanbevelingen kunnen leiden.

De procedure voor onderhoud van de LCI-richtlijnen staat kort vermeld in het totstandkomingsdocument. De LCI-richtlijnen zijn 'levende' richtlijnen: dit wil zeggen dat te allen tijde aanpassingen gemaakt kunnen worden als de actualiteit daartoe aanleiding geeft (bijvoorbeeld een stijgende trend of uitbraak, of een geconstateerd knelpunt vanuit het veld). Indien tussentijdse wijzigingen niet direct noodzakelijk zijn worden de nieuwe inzichten/knelpunten opgeslagen en bij de volgende herziening van de richtlijn meegenomen.

## 19. Implementatie

Om de implementatie van de richtlijn te bevorderen, bevat de richtlijn een lijst van bevorderende en belemmerende factoren, aanbevelingen voor implementatie, en indien van toepassing, randvoorwaarden voor implementatie van de richtlijn.

Dit is momenteel niet expliciet opgenomen in de LCI-richtlijnen; soms komen dergelijke factoren aan de orde bij de overige overwegingen in de onderbouwingsbijlage.

## Toekomstige werkwijze

In de tabel hieronder wordt per onderdeel van de AQUA-leidraad beschreven wat de toekomstige (gewenste) werkwijze voor de LCI-richtlijnen is.

Onderdeel	Toekomstige werkwijze
<b>Vorbereidingsfase</b>	
Vaststellen onderwerp, doel & doelgroep	Geen aanpassing van de huidige werkwijze: het onderwerp, doel en de doelgroep zijn duidelijk beschreven in de richtlijn; voor meer informatie wordt verwezen naar het totstandkomingsdocument.
Identificatie primaire beroepsorganisaties & zorggebruikers	De primaire beroepsorganisaties worden vanaf de start van de herziening van de richtlijn betrokken. Vertegenwoordigers van deze organisaties kunnen plaatsnemen in de werkgroep (zie hieronder). Vastgesteld wordt of het relevant en mogelijk is om zorggebruikers te betrekken.

<p>Formatie werkgroep</p>	<p>Bij de start van de herziening van de richtlijn wordt een werkgroep geformeerd waarin professionals uit het veld (met kennis en ervaring in de praktijk m.b.t. het onderwerp) en inhoudsdeskundigen plaatsnemen. Er vinden vaste afstemmingsmomenten plaats met de werkgroep tijdens het richtlijnproces, in elk geval voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het formuleren van de uitgangsvragen;</li> <li>• het voorleggen van de conclusies uit de literatuur en het bespreken van de overige overwegingen;</li> <li>• het formuleren van de aanbevelingen.</li> </ul> <p>De werkgroep fungeert hoofdzakelijk als klankbordgroep. Niet alle onderdelen hoeven noodzakelijkerwijs met de hele werkgroep te worden afgestemd (zoals bevindingen uit specifieke artikelen), maar kunnen tussentijds met 1 of 2 leden worden besproken.</p>
<p>Betrokkenheid zorgprofessionals, zorggebruikers, methodologen</p>	<p>Bij de herziening van de richtlijn kan door de auteur indien nodig op afroep een methodoloog geraadpleegd worden. Zorggebruikers worden betrokken indien dit relevant en mogelijk is. Dit wordt per richtlijn beoordeeld in samenspraak met de werkgroep.</p>
<p>Voorkomen belangenverstremeling</p>	<p>In de richtlijn wordt kort opgenomen hoe belangenverstremeling wordt voorkomen. Voor meer informatie wordt verwezen naar het totstandkomingsdocument.</p>
<p><b>Ontwikkelfase</b></p>	
<p>Uitvoeren knelpuntenanalyse</p>	<p>Bij het uitzetten van de knelpuntenanalyse worden deelnemers van het POI gevraagd met name te focussen op de maatregelen in de richtlijn. Indien nodig worden de opgehaalde knelpunten in een overleg mondeling besproken, waarbij bijvoorbeeld de volgende vragen voorgelegd worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar kom je niet uit?</li> <li>• Waar loop je in de praktijk tegenaan?</li> <li>• Hoe kunnen we jullie werk gemakkelijker maken?</li> <li>• Herkennen jullie de CRIos-casuïstiek? (vooraf aan de bijeenkomst uitgedraaid/voorbereid door auteur)</li> </ul>
<p>Opstellen uitgangsvragen</p>	<p>De auteur doet op basis van de opgehaalde knelpunten een voorstel voor de uitgangsvragen die behandeld worden in de richtlijn. Deze uitgangsvragen worden in een bijeenkomst voorgelegd aan - en verder afgestemd met - de werkgroep.</p>

<p>Systematisch samenvatten kennis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Literatuursearch De auteur neemt de uitgangsvragen incl. relevante uitkomstmaten door met een informatiespecialist (op afroep beschikbaar). De informatiespecialist stelt de zoekstrategie op en voert de literatuursearch uit. Er wordt daarbij ook gezocht naar bestaande (inter)nationale richtlijnen (net als in de huidige werkwijze).</li> <li>• Literatuurselectie De informatiespecialist deelt de resultaten van de search met de auteur. De auteur selecteert relevante literatuur aan de hand van vooraf opgestelde criteria. Deze criteria zijn afgestemd met de werkgroep. Het selecteren van de literatuur vindt plaats in 2 rondes: de eerste ronde is op basis van titel en abstract, de tweede ronde op basis van fulltext. De selectie wordt geregistreerd in Rayyan of een soortgelijk programma.</li> <li>• Kwaliteitsbeoordeling geïnccludeerde literatuur De geselecteerde literatuur wordt beoordeeld met een bij het studiedesign passend instrument (zie bijvoorbeeld dit overzicht van <a href="#">Cochrane</a>). Om de werkwijze 'lean' te houden wordt voor sommige designs gebruikgemaakt van een aangepaste versie van het instrument, waarbij de voor de LCI-richtlijnen meest relevante items worden gescoord/beoordeeld. Bijzonderheden en beperkingen van de studies worden opgenomen in de tabel met studiekarakteristieken in de bijlage bij de onderbouwing.</li> <li>• Kwaliteitsbeoordeling per uitkomstmaat Met GRADE wordt een bewijstabel gemaakt per uitkomstmaat, waarin de bewijskracht per relevante uitkomstmaat wordt samengevat.</li> <li>• Samenvatten studies De bevindingen uit de literatuur worden in een korte tekst samengevat. Ook worden per uitkomstmaat conclusies opgesteld (inclusief de kwaliteit en zekerheid van het bewijs). Bovenstaande onderdelen worden opgenomen in een onderbouwing bij de richtlijn.</li> </ul>
<p>Werkwijze 'van bewijs naar aanbeveling'</p>	<p>Op basis van de GRADE bewijstabel worden de gewenste effecten, ongewenste effecten, kwaliteit van bewijs, en de balans gewenste en ongewenste effecten nagelopen. Naast de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur spelen ook overige overwegingen mee bij het opstellen van de aanbevelingen, zoals de waarden en voorkeuren van patiënten, economische overwegingen en kosteneffectiviteit, gelijkheid, aanvaardbaarheid en haalbaarheid. Deze punten komen uit de <a href="#">GRADE Tool</a> en worden allen nagelopen met de werkgroep. De overwegingen die van toepassing worden geacht en zijn meegewogen bij het opstellen van de</p>

	aanbevelingen worden beschreven in de onderbouwing bij de richtlijn.
Specifiek formuleren aanbevelingen	De geformuleerde aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvragen en zijn concreet en specifiek geformuleerd. Uit de formulering van de aanbeveling blijkt de sterkte van het onderliggende bewijs. Indien wetenschappelijk bewijs ontbreekt en er geen consensus is bereikt in de werkgroep worden in de richtlijn de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven.
Vast herkenbare onderdelen en modulaire opbouw	De richtlijnen kennen vaste onderdelen – zoals dat nu ook het geval is - en hebben standaard een onderbouwingsbijlage met een vaste opbouw (het bestaande format wordt aangepast).
Kosten en economische aspecten	Kosten en economische aspecten komen aan de orde bij de overige overwegingen, zie boven.
Kennislacunes	Indien er sprake is van kennislacunes t.a.v. de uitgangsvragen wordt dit beschreven in de onderbouwing bij de richtlijn.
Voorstel evaluatie geleverde zorg	Dit is voor de LCI-richtlijnen niet van toepassing.
Afgeleide producten	Waar mogelijk en relevant worden producten toegevoegd die de implementatie van de richtlijn bevorderen, zoals een protocol of stroomdiagram met het aanbevolen beleid.
<b>Afrondingsfase</b>	
Commentaarrronde	De conceptonderbouwing wordt voorgelegd aan de werkgroep. Daarna volgt een officiële commentaarrronde waarin de conceptrichtlijn wordt voorgelegd aan toekomstige gebruikers – in elk geval degenen die ook betrokken waren bij de knelpuntenanalyse. De partijen die commentaar hebben gegeven worden (net als in de huidige werkwijze) geïnformeerd over hoe hun commentaar is verwerkt.
Accordering primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisaties	De richtlijn wordt geaccordeerd door het LOI (waarin de primaire beroepsgroep in vertegenwoordigd is). Patiëntenorganisaties accorderen de richtlijn niet.
Procedure voor onderhoud richtlijn	De procedure voor onderhoud van de richtlijn wordt beschreven in het totstandkomingsdocument, waarnaar wordt verwezen in de richtlijn.
Implementatie	Belemmerende/bevorderende factoren of randvoorwaarden bij de implementatie van de richtlijn worden indien van toepassing expliciet beschreven in de onderbouwingsbijlage van de richtlijn.

## Stappen voor het vervolg

Voor de onderdelen in bovenstaande tabel waarbij sprake is van een aanpassing in de toekomstige werkwijze zal een prioritering worden gemaakt (welke onderdelen passen we eerst aan en welke onderdelen volgen later). De aanpassingen zullen vervolgens worden afgestemd met - en vastgesteld door - de LOI-redactieraad. In elk geval na 5 jaar (of eerder indien relevante ontwikkelingen dit noodzakelijk maken) volgt een nieuwe beoordeling om te kijken of in de leidraad weer nieuwe aanpassingen gewenst/nodig zijn.

CONCEPT