

ONTWIKKELING, HERZIENING EN AUTORISATIE VAN RICHTLIJNEN
Commissie Richtlijnen CMI

VERSIE 1.1
November 2017

Inhoudsopgave

ONTWIKKELING, HERZIENING EN AUTORISATIE VAN RICHTLIJNEN	3
Voorwoord bij versie 1	3
Procedure A: Ontwikkelen CMI richtlijn.....	5
Vorbereidingsfase	5
Ontwikkelfase.....	6
Commentaarfase	7
Autorisatie	8
Evaluatie	8
Actualisering.....	8
Procedure B: multidisciplinaire richtlijn.....	10
Afvaardiging.....	10
Commentaarfase	10
Autorisatiefase	11
Bijlage 1: Beoordeling van richtlijnonderwerpen en prioritering in richtlijnontwikkeling	12
Bijlage 2: Belangenverstrengeling.....	13
Bijlage 3: Overdracht van het auteursrecht	13
Bijlage 4: Mandateringsbrieven	13
Bijlage 5: Toelichting format richtlijnen.....	14
Module.....	14
Uitgangsvraag en aanbeveling	14
Onderbouwing	14
Overwegingen	15
Verantwoording	15
Voorbeeld uit richtlijndatabase.....	16

ONTWIKKELING, HERZIENING EN AUTORISATIE VAN RICHTLIJNEN

Voorwoord bij versie 1

Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van kwaliteit van goede zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Het primaire doel van richtlijnen is het verbeteren van de kwaliteit van zorg, waarbij de richtlijnen vooral een hulpmiddel zijn bij het nemen van beslissingen en het maken van keuzen in de praktijk. Een richtlijn is een middel om optimale zorg te leveren [1].

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen richtlijnen ontwikkeld door en voor de CMI en multidisciplinaire richtlijnen waaraan leden namens de CMI zullen bijdragen. Het onderscheid is noodzakelijk omdat het autorisatieproces verschilt en omdat de minimumnormen in CMI richtlijnen na autorisatie automatisch de status van veldnorm krijgen. Multidisciplinaire richtlijnen kunnen door de CMI tot veldnorm worden bekrachtigd, echter niet automatisch.

Bij richtlijnontwikkeling kunnen oneigenlijke belangen een rol spelen. Het reglement beoogt het proces van richtlijnontwikkeling binnen de CMI transparant te maken .

De Federatie van Medisch Specialisten - heeft in de afgelopen jaren de richtlijnen database (www.richtlijnen database.nl) ontwikkeld. De richtlijnen database beoogt het forum te zijn voor alle medisch specialistische richtlijnen. Het nieuwe format voor de richtlijnen ontwikkeld door de CMI volgt dit format. Belangrijke kenmerken zijn de modulaire opbouw op basis van uitgangsvragen en de gestructureerde verantwoording op basis van de principes van 'evidence based medicine'.

Er is zo veel mogelijk aansluiting gezocht bij (inter)nationale richtlijnen voor richtlijnen AGREE II [2], de Richtlijn voor Richtlijnen van de Regieraad [1] en het Adviesrapport Medisch specialistische richtlijnen 2.0 [3].

De Commissie en de aangestelde werkgroepen zullen zich in 1^{ste} instantie richten op het ontwikkelen van richtlijnen in de vorm van diagnostische modules. In deze modules worden alle medisch immunologische aspecten behandeld die voor goede diagnostiek van betreffende ziekte van belang zijn. Deze modules zullen weer onderdeel moeten worden van overkoepelende richtlijnen waarin alle klinische en overige laboratorium technische aspecten behandeld worden.

Het verdient de aanbeveling om aanvragers van diagnostiek ook te betrekken bij het uitwerken van een medisch immunologische module.

Zodra modules door de CMI bekrachtigd zijn, zullen deze modules aangeboden worden (via de database) aan relevante, andere beroepsverenigingen.

Literatuur

1. Richtlijn voor richtlijnen van de Regieraad, 2011

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/1203-richtlijn-voor-richtlijnen/1203-richtlijn-voor-richtlijnen/Richtlijn+voor+richtlijnen.pdf>

2. AGREE II criteria voor richtlijn ontwikkeling

http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
3. Adviesrapport medisch-specialistische richtlijnen 2.0, 2011

Procedure A: Ontwikkelen CMI richtlijn

(Daar waar in deze procedure wordt gesproken over CMI richtlijn, kan ook een module binnen een multidisciplinaire richtlijn worden gelezen als het initiatief voor het ontwikkelen van die module is genomen door de CMI).

Vorbereidingsfase

1. Initiatief tot nieuwe CMI richtlijn
 - a. Alle leden van het CMI kunnen onderwerpen voor richtlijnontwikkeling aandragen. Leden kunnen ook bestaande richtlijnen voor herziening aandragen.
 - b. Leden kunnen zich met een voorstel tot richtlijnontwikkeling melden bij de Commissie Richtlijnen.
 - c. De Commissie Richtlijnen beoordeelt de aanvraag aan de hand van de criteria genoemd in bijlage 1. Daarbij speelt primair het criterium bevordering van de kwaliteit van zorg mee.
 - d. Commissie Richtlijnen bediscussieert het voorstel tijdens een CMI ledenvergadering, alwaar wordt besloten al dan niet om verder te gaan met het voorstel.
 - e. Het besluit om al dan niet over te gaan tot de ontwikkeling van een conceptrichtlijn wordt genotuleerd en gecommuniceerd met de betrokken leden en gepubliceerd op de website van het CMI.
 - f. Als de Commissie Richtlijnen besluit tot het ontwikkelen van de conceptrichtlijn is zij formeel de opdrachtgever.
 - g. De Commissie Richtlijnen geeft prioriteit aan de ontwikkeling van geaccordeerde richtlijnonderwerpen aan de hand van vastgestelde criteria (zie bijlage 1: criteria voor richtlijnen en bijbehorende prioritering).
2. Samenstelling team van opstellers
 - a. De Commissie Richtlijnen vraagt per mail en/of tijdens de CMI ledenvergadering welke leden geïnteresseerd zijn te participeren in de werkgroep die de richtlijn gaat ontwikkelen.
 - b. De Commissie Richtlijnen beslist over de samenstelling van de werkgroep. Gestreefd wordt naar evenwichtige en relevante vertegenwoordiging van vakinhoudelijk deskundigen uit verschillende laboratoria. De aanwezigheid van een methodologische expert met onder andere kennis van en ervaring met systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, beoordelen en samenvatten van literatuur) en richtlijnprocesbegeleiding, is gewenst. Aanvragers van diagnostiek kunnen ook betrokken worden bij het uitwerken van een medisch immunologische module, mits deze op de hoogte zijn van (toekomstige aanpassingen van) internationale, klinische richtlijnen. Een lid van de Commissie Richtlijnen is (ten minste corresponderend) lid van de werkgroep. De Commissie Richtlijnen publiceert de samenstelling van de werkgroep op de CMI website.
 - c. De KNAW, GR en KNMG hebben een procedure ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ontwikkeld. Alle participanten vullen deze belangenverklaring in (voor toelichting en formulier zie bijlage 2: "Code ter voorkoming van oneigenlijke

beïnvloeding door belangenverstrengeling”) en verklaren zich bereid het auteursrecht over te dragen aan de vereniging (auteursrechtverklaring) (zie bijlage 3: “Overdracht van het auteursrecht”).

- d. De opstellers krijgen formeel het mandaat en de opdracht van het CMI om de richtlijn te ontwikkelen en deze voor ten minste 5 jaar actueel te houden (zie bijlage 4: mandaterings brief).

Ontwikkelfase

3. Opstellen en indeling

- a. De werkgroep stelt de richtlijn op. Het voorstel voor het ontwikkelen van de nieuwe richtlijn vormt het uitgangspunt en is, bij voorkeur, SMART en in maximaal 500 woorden geformuleerd.
- b. De werkgroep volgt bij het ontwikkelen van de richtlijn het format van www.richtlijndatabase.nl (zie ook bijlage 5: toelichting format richtlijnen). De richtlijn wordt modulair opgebouwd op geleide van de geformuleerde uitgangsvragen. Uitgangspunt bij het beantwoorden van de vragen zijn de principes van ‘evidence based medicine’.
- c. De literatuur wordt systematisch samengevat, beoordeeld op kwaliteit (bewijskracht) en transparant gepresenteerd. Bij gebrek aan gedegen literatuur kunnen andere vormen van systematisch onderzoek, bijvoorbeeld raadpleging van experts, worden aangewend om tot een aanbeveling te komen. Uitgangsvragen (modules) die verder gaan dan het eigen vakgebied worden door de werkgroep vooraf bij andere beroepsbeoefenaren onder de aandacht gebracht en samen of in overleg ontwikkeld.
- d. De uitgangsvragen worden beantwoord in de vorm van (een) aanbeveling(en). Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal, waarbij tevens aandacht besteed wordt aan doelmatigheid, haalbaarheid en het patiëntenperspectief. Aanbevelingen worden richtinggevend en praktisch toepasbaar beschreven. Bij elke aanbeveling wordt aangegeven of het een minimumnorm of streefniveau betreft, of dat er onvoldoende of conflicterende (wetenschappelijke) argumenten zijn om tot een krachtig dan wel eenduidige aanbeveling te komen. In het laatste geval worden de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven om de besluitvorming in de praktijk te ondersteunen. Minimumnormen geven een harde ondergrens aan; streefniveau is het niveau van zorg waar naar gestreefd dient te worden. Na autorisatie van de richtlijn door de CMI ledenvergadering wordt verwacht dat de laboratoria binnen redelijke termijn (1 jaar na vrijgave) aan de minimumnorm zullen voldoen.
- e. De Commissie Richtlijnen bewaakt het proces van de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn. De voortgang wordt ten minste twee keer per jaar teruggekoppeld aan het CMI bestuur tijdens de CMI ledenvergadering. Gestreefd wordt om het concept voor de nieuwe richtlijn binnen een tevoren afgesproken termijn (max 2 jaar) te voltooien.

Commentaarfase

4. Inputvergaring

- a. De werkgroep biedt de conceptringlijn aan de Commissie Richtlijnen aan. De Commissie Richtlijnen beoordeelt of het concept voor commentaar kan worden aangeboden aan de leden van de CMI. De Commissie Richtlijnen kan de werkgroep een revisie voorstellen voordat het concept wordt voorgelegd aan de leden.
- b. De Commissie Richtlijnen biedt de conceptringlijn aan via de website van het CMI. Per mail en in een begeleidend schrijven worden de leden geattendeerd op de conceptringlijn en worden zij er op gewezen dat de aanbevelingen uit een richtlijn definitief worden bij autorisatie door de CMI ledenvergadering. De aanbevelingen zullen voor alle leden bindend zijn, ook voor hen die tegen stemden en ook voor hen die geen feedback hebben gegeven.
- c. De Commissie Richtlijnen vraagt daarnaast altijd om een peer-review door 1 of 2 experts van binnen of buiten het CMI. Een belangrijke voorwaarde is dat de geselecteerde experts niet betrokken zijn bij het opstellen van de concept richtlijn.
- d. Leden kunnen zich rechtstreeks wenden tot het corresponderend lid met algemene opmerkingen, specifieke commentaren en wijzigingsvoorstellen.
- e. De Commissie Richtlijnen bepaalt de duur van de reactietermijn in samenspraak met de werkgroep. Minimaal duurt de reactieperiode vier weken, maximaal 3 maanden.

5. Inputverwerking

- a. Leden van de werkgroep verwerken de door de Commissie Richtlijnen verzamelde commentaren. In een commentaartabel geven zij aan hoe het commentaar is verwerkt.
- b. De werkgroep biedt de (herziene) richtlijn en de commentaartabel aan de Commissie Richtlijnen aan. Daarnaast stuurt de werkgroep de aangepaste richtlijn inclusief de commentaartabel ter informatie aan de indieners van de commentaren.
- c. De Commissie Richtlijnen toetst de richtlijn op inhoudelijke verwerking van de commentaren en op draagvlak. Bij twijfel kan de Commissie Richtlijnen de indieners van de commentaren en het Cluster Kwaliteit raadplegen.
- d. Bij onenigheid betreffende invulling van een richtlijn, vooral als het gaat over minimum normen kan de Commissie besluiten het specifieke punt op de agenda van de eerstvolgende CMI ledenvergadering te zetten.
- e. De Commissie Richtlijnen legt de conceptringlijn voor aan het bestuur van de CMI, in principe met het advies om deze ter autorisatie aan te bieden bij de eerstvolgende CMI ledenvergadering.
- f. Indien het bestuur het advies overneemt, publiceert de Commissie Richtlijnen de concept richtlijn en de commentaartabel op de CMI website.

Autorisatie

6. Bekrachtiging
 - a. Het bestuur van de CMI agendeert de richtlijn voor de eerstvolgende CMI ledenvergadering. Het definitieve concept wordt uiterlijk 2 weken voor de CMI ledenvergadering via de agenda met verwijzing naar de locatie op de website aan de leden kenbaar gemaakt.
 - b. Stemming verloopt conform het besluitvorming reglement van het CMI. Er kunnen geen nieuwe punten worden ingebracht.
 - c. Na bekrachtiging (autorisatie) van een eigen CMI richtlijn door de CMI ledenvergadering is de richtlijn definitief vastgesteld en zal beschikbaar komen in de richtlijnen database.

Evaluatie

7. Publicatie en scholing
 - a. De Commissie Richtlijnen overlegt met het CMI hoe de nieuwe of geactualiseerde richtlijn in het voetlicht gezet kan worden binnen het CMI en bij aanpalende specialismen.
8. Toetsing op naleving
 - a. Tijdens externe audits wordt getoetst op naleving van de door de CMI geautoriseerde richtlijnen. Minimumnormen geven de harde ondergrens aan en gelden binnen het kader van de accreditatie van laboratoria als veldnormen.

Actualisering

9. De werkgroep (opstellers) heeft het mandaat en de opdracht om de richtlijn gedurende de eerste vijf jaar na autorisatie actueel te houden en eventueel wijzigingen door te voeren.
 - a. Een CMI richtlijn moet iedere vijf jaar worden herzien. Nieuwe inzichten of ontwikkelingen kunnen reden zijn om de richtlijn eerder te herzien. Leden kunnen een verzoek tot herziening indienen bij de Commissie Richtlijnen. De Commissie Richtlijnen beoordeelt het verzoek en kan de werkgroep die de richtlijn heeft opgesteld verzoeken de richtlijn te actualiseren. De Commissie Richtlijnen communiceert iedere voorgenomen herziening via het richtlijnenforum aan de leden.
 - b. Bij een herziening van richtlijnen dient het systematische (literatuur)onderzoek rondom de uitgangsvragen die mogelijk voor de herziening in aanmerking komen, geactualiseerd te worden. Voorafgaand aan dit onderzoek kan nog geen beslissing worden genomen of dit zal leiden tot wijziging van de aanbeveling zelf. Omdat het niet altijd haalbaar is om bij elke herziening het volledige systematische onderzoek te updaten, kunnen hierin keuzen worden gemaakt door de Commissie Richtlijnen, mede op basis van het advies van de werkgroep. De zwaarte van het oorspronkelijke bewijs en de aanwezigheid van nieuw 'evidence' weegt mee bij de keuze.
 - c. Herziening van een richtlijn kan leiden tot de conclusie dat de richtlijn niet hoeft te worden aangepast, moet worden gewijzigd of moet worden teruggetrokken. De leden moeten in alle gevallen de mogelijkheid hebben

om commentaar te geven, voordat een voorstel tot herbekrachtiging (of stopzetting) door de CMI ledenvergadering kan worden genomen. Minimaal doorloopt de richtlijn daarom de procedure A vanaf de commentaarfase. Bij noodzaak tot ingrijpende wijzigingen kan de Commissie Richtlijnen besluiten om de richtlijn de gehele procedure opnieuw te laten doorlopen.

- d. In afwachting van autorisatie van de herziene richtlijn of het besluit tot terugtrekken, blijft de bestaande versie van de richtlijn, zoals gepubliceerd op de CMI website, van kracht.

Procedure B: multidisciplinaire richtlijn

Het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen volgt de procedures zoals die worden ontwikkeld door de FMS. Procedure B regelt mandatering van CMI leden voor deelname aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn namens de CMI, de verwerking van commentaar op het concept en de autorisatie van definitieve richtlijnen.

Afvaardiging

1. Initiatief multidisciplinaire richtlijn
 - a. Zodra de CMI een uitnodiging krijgt om deel te nemen aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn wordt dit bekend gemaakt aan alle leden.
 - b. nieuw verschenen of geactualiseerde richtlijnen kunnen d.m.v. (online) nascholing onder de aandacht worden gebracht.
2. Afvaardiging CMI participant(en)
 - a. Belangstellenden dienen zich te melden bij de Commissie Richtlijnen binnen de in de uitnodiging aangegeven termijn. In voorkomende gevallen – bijvoorbeeld wanneer specifieke expertise is vereist – kan de Commissie Richtlijnen gericht leden uitnodigen om namens de CMI te participeren. Daarbij is het streven dat leden niet puur en alleen worden gekozen op persoonlijke titel.
 - b. De Commissie Richtlijnen beslist op de kortst mogelijke termijn welk lid / welke leden word(t)(en) afgevaardigd in de werkgroep. De naam en contactgegevens van de betreffende perso(o)n(en) (en eventuele plaatsvervanger(s)) word(t)(en) gecommuniceerd aan de initiatiefnemers van de richtlijn en aan de leden van de CMI via de website.
 - c. Het mandaat van de CMI wordt vastgelegd in een mandateringsbrief. De participant is na ondertekening gemandateerd om namens de CMI deel te nemen.

Commentaarfase

3. Zodra de conceptrichtlijn beschikbaar is voor commentaar, worden de CMI leden per mail op de hoogte gebracht en wordt conceptrichtlijn op de CMI website geplaatst. De leden wordt gevraagd commentaar per mail te melden aan de gemandateerde leden en het corresponderend lid van de Commissie Richtlijnen.
 - a. De gemandateerde leden verwerken de commentaren, eventueel in overleg met de Commissie Richtlijnen, stellen een concept wijziging op en leggen deze voor aan de opstellers van de richtlijn.
 - b. Van de initiatiefnemers wordt verwacht dat zij de versie waarin het commentaar is verwerkt, alsmede een commentaartabel, voorleggen aan de Commissie Richtlijnen van het CMI. Aan degenen die commentaar hebben geleverd en de participanten in de richtlijn wordt gevraagd of zij menen dat het commentaar naar tevredenheid is verwerkt. Op basis hiervan besluit de Commissie Richtlijnen om de multidisciplinaire richtlijn al dan niet, of met uitzondering van welke onderdelen, ter autorisatie voor te leggen aan het CMI bestuur.

Autorisatiefase

4. Bekrachtiging
 - a. Multidisciplinaire richtlijnen worden uitsluitend beoordeeld en eventueel geautoriseerd door de CMI indien er een formeel gemandateerde afgevaardigde van het CMI heeft geparticipeerd in de ontwikkeling.
 - b. Het bestuur neemt een besluit aangaande de autorisatie van de richtlijn en communiceert het (gemotiveerde) besluit aan de opstellers van de richtlijn en de leden van de CMI .
 - c. Multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld volgens het format van de richtlijndatabase van de FMS hebben een modulaire opbouw. De CMI ledenvergadering kan besluiten om één of meer modules uit een richtlijn tot veldnorm te verheffen. Het voorstel hiertoe wordt gedaan door het bestuur, op voorspraak van de Commissie Richtlijnen en in overleg met de CMI participant(en) die betrokken was(waren) bij het opstellen van de richtlijn.

Bijlage 1: Beoordeling van richtlijnonderwerpen en prioritering in richtlijnontwikkeling

Primair:

- Medisch Immunologisch onderwerp
- Behoeftte aan richtlijn bij professionals aanvragers van medisch immunologische diagnostiek, medisch immunologen en laboratorium specialisten
- Haalbaarheid van implementatie van de richtlijn
- Bevorderen kwaliteit van zorg in het bijzonder van de medische laboratorium diagnostiek
- Praktijkvariatie binnen laboratoria
- Noodzaak voor richtlijn over betreffende onderwerp (tijdsbeeld, maatschappelijke relevantie, actualiteit, nieuwe inzichten)
- Beschikbare onderbouwing voorhanden

Inhoudelijke opzet

Het richtlijnonderwerp moet aan de onderstaande punten invulling geven

- Duidelijke doelstelling
- Duidelijke doelgroep
- Duidelijke uitgangsvragen*
- Op basis van uitgangsvragen kunnen aanbevelingen worden geschreven.

* zie toelichting format richtlijnen

Bijlage 2: Belangenverstrengeling

Zie procedure KNAW, KNMG, GR “Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling”.

Bijlage 3: Overdracht van het auteursrecht

Actuele formulieren worden beheerd door de Commissie Richtlijnen. Elk werkgroeplid krijgt het formulier toegestuurd per mail, vult de gegevens in, ondertekend het formulier en stuurt een ingescande versie naar de Commissie.

Bijlage 4: Mandateringsbrieven

Het Commissie Richtlijnen beheert en archiveert de mandateringsbrieven. Voor de volgende situaties zijn mandateringsbrieven voorhanden:

- mandatering van CMI-leden voor een (richtlijn)werkgroep van de CMI (procedure A)
- mandatering van CMI-leden voor een (richtlijn)werkgroep waarbij een andere vereniging initiatiefnemer is (procedure B)
- mandatering van niet CMI leden voor een (richtlijn)werkgroep van de CMI.

Bijlage 5: Toelichting format richtlijnen

Voor het onderstaande format is gekozen aangezien het aansluit bij het format dat vereist is voor publicatie in de richtlijndatabase.nl. Tevens is dit format vergelijkbaar ofwel overeenkomstig met de andere medisch wetenschappelijke beroepsverenigingen, hetgeen samenwerking met andere beroepsverenigingen vereenvoudigd.

De richtlijndatabase.nl presenteert de richtlijnen in een modulaire opbouw, waarbij een module kan bestaan uit één of meerdere uitgangsvragen met aanbevelingen. De richtlijndatabase kent per module (of ook wel paragraaf-hoofdstuk genoemd) de volgende koppen

- “uitgangsvraag en aanbeveling” met daarin een uitgangsvraag (evt met sub-uitgangsvragen) met aanbeveling
- “onderbouwing”
- “overwegingen”
- “verantwoording”.

Module

Richtlijnen zijn opgebouwd uit modules. De module ‘[ANCA en vasculitis diagnostiek](#)’ is aan herziening toe, maar is een goed voorbeeld van een diagnostiek module onder de paraplu van de richtlijn “Kleine vaten vasculitis”. De module is onderverdeeld in sub-modules als ‘Volgorde ANCA testen bij vasculitis’ en ‘Sneltesten bij ANCA en vasculitis’. Elke submodule is als volgt opgebouwd:

Uitgangsvraag en aanbeveling

- **Uitgangsvraag:** Een uitgangsvraag is een klinisch of een voor de medisch immunologische diagnostiek relevante vraag waarop een antwoord wordt geformuleerd.
- **Aanbeveling:** De aanbeveling dient de uitgangsvraag te beantwoorden. Kort en concreet en bij voorkeur actief formuleren. Houd altijd het doel van de aanbeveling voor ogen: wat wil de werkgroep bereiken met de aanbeveling, en met welke formulering kan dit doel het best bereikt worden. Zo mogelijk, aangeven of de aanbeveling betrekking heeft op de minimale (minimumnorm) of optimale zorg (streefniveau).

Onderbouwing

- **Inleiding:** Korte introductie op de relevantie van de uitgangsvraag (max. 3 zinnen).
- **Conclusies:** Beoordeling van de literatuur (bewijskracht/bewijsniveau) gebeurt a.d.h.v. de GRADE systematiek (voor interventiestudies) of de EBRO systematiek (voor andere studies).
- **Samenvatting literatuur:** van toepassing indien er een systematische literatuuranalyse uitgevoerd is. Beknorte beschrijving van studies en studieresultaten.
- **Zoeken en selecteren:** indien er een systematische literatuuranalyse gedaan wordt, geef een beknopte omschrijving van hoe er gezocht is en wat de selectiecriteria voor inclusie van artikelen zijn geweest. Uitgebreidere beschrijving volgt onder kopje “Zoekverantwoording”.
- **Referenties:** Vancouver stijl.
- **Evidence tabellen:** Van toepassing indien er een systematische literatuuranalyse uitgevoerd is. Overzicht van de kenmerken van de geïncludeerde artikelen/studies.

Overwegingen

- Overwegingen: Deze paragraaf geeft een beknopte omschrijving/opsomming van alle argumenten die de aanbeveling onderbouwen. Hierbij kan verwezen worden naar relevante publicaties (vb. andere richtlijnen, beleidsstukken, publicaties van vooraanstaande experts, etc.). Uit de overwegingen moet logischerwijs de aanbeveling(en) volgen.

Verantwoording

- Inleiding: Korte introductie op de relevantie van de uitgangsvraag (max. 3 zinnen).
- Autorisatiedatum en geldigheid
- Initiatief en autorisatie
- Doel en doelgroep
- Samenstelling werkgroep
- Belangenverklaring
- Werkwijze – methode ontwikkeling
- Zoekverantwoording: Van toepassing indien er een systematische literatuuranalyse uitgevoerd is. Gebruikte zoektermen, zoekstrategie, etc. Gedurende de 5-jaar dat een werkgroep de verantwoordelijkheid voor een richtlijn heeft moeten deze gegevens en de zoekresultaten bewaard blijven (essentieel om een goede update van de richtlijn na 5 jaar te kunnen uitvoeren).
- Kennislacune: Bij elke uitgangsvraag wordt door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is en wordt er een onderzoeksvraag geformuleerd.

Voorbeeld uit richtlijndatabase

Screenshot van een (te actualiseren) voorbeeld uit de richtlijndatabase: ANCA en vasculitis diagnostiek

The screenshot shows the 'Richtlijnen database' website. The main navigation bar includes 'RICHTLIJNEN', 'NIEUWS', and 'OVER DEZE SITE'. The breadcrumb trail is 'Kleine vaten vasculitis > ANCA en vasculitis diagnostiek'. The page title is 'De plaats van ANCA in de diagnostiek van vasculitis'. Below the title are tabs for 'Uitgangsvraag en ...', 'Onderbouwing', 'Overwegingen', and 'Verantwoording'. The 'Uitgangsvraag' tab is active, showing the question: 'Wat is de plaats van ANCA in de diagnostiek?'. Below this is the 'Aanbeveling' section, which states: 'Voor het bepalen van ANCA wordt als standaard beschouwd dat er gebruik gemaakt wordt van een combinatie van de indirecte immunofluorescentietest en antigeenspecifieke (MPO en PR3)'. On the right side, there is a 'Doen of Laten' box with the text: 'De richtlijn adviseert soms terughoudendheid in plaats van handelen. Meer over Doen of Laten?'. On the left side, there is a sidebar with a search filter 'KLEINE VATEN VASCULITIS' and a list of categories: 'Startpagina', 'Systemische symptomen/klachten van vasculitis', and 'Uitgangsvraag'.

Deze is nu nog opgedeeld in 6 submodulees (screenshot onder, uitklap menu linkerkant). Waarbij elk hoofdstuk weer is onderverdeeld in paragrafen. En onder een paragraaf zijn de uitgangsvragen uitgewerkt.

- ANCA en vasculitis diagnostiek
- Volgorde ANCA testen bij vasculitis
- Beoordeling ANCA voor diagnose vasculitis
- Capture vs. directe ELISA's bij vasculitis
- Rol Elastase-ANCA-bepaling bij vasculitis
- Effect incidentie en klinische manifestatie
- Sneltesten bij ANCA en vasculitis