

1 **B.4. Indicatiestelling-aanpassing Indicatie 3**

2 **Praktijkrichtlijn**

3 **!Let op: de modulaire herziening van B.4. 'Indicatiestelling' beperkt zicht tot Indicatie 3. De overige teksten**
4 **(indicatie 1&2) worden niet herzien. Zie [hier](#) de module B.4 'Indicatiestelling' van de KNGF-richtlijn 'Reumatoïde**
5 **Artritis!**

6 **Uitgangsvraag**

7 Wat is de indicatie voor fysio- of oefentherapie bij mensen met Reumatoïde Artritis (RA) en op basis van welke
8 criteria is het aanbevolen om mensen met RA terug te verwijzen naar de huisarts of behandelend specialist?

9 Aanvullende uitgangsvraag voor indicatie 3:

10 Op basis van welke criteria kan de fysio- of oefentherapeut beoordelen of een patiënt met RA indicatie 3 heeft
11 en daarmee in aanmerking komt voor langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve fysio- en
12 oefentherapie?

13 **Aanbeveling(en)**

14 Pas de volgende criteria toe om patiënten in te delen in indicatie 3;

15 Patiënten:

- 16 a) zijn gediagnosticeerd met RA door een reumatoloog en;
- 17 b) hebben ernstige functionele basale beperkingen in dagelijkse activiteiten veroorzaakt door RA, zoals
18 beperkte loopafstand, problemen met het maken van transfers (zoals het opstaan uit een stoel) en/of
19 beperkingen in zelfzorg (zoals aankleden en wassen) ondanks medische behandeling en;
- 20 c) hebben ernstige functionele basale beperkingen (zie b) die niet kunnen of konden worden opgeheven
21 of verbeterd door een korte, intermitterende oefentherapie-interventie.

22 **Toelichting**

23 **Aanleiding**

24 De fysio- of oefentherapeut begeleidt de patiënt bij het proces van voorkómen of verminderen van en/of het
25 leren omgaan met beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven en maatschappelijke participatie ten
26 gevolge van Reumatoïde Artritis (RA). De belangrijkste middelen om dit doel te bereiken zijn het geven van
27 voorlichting en advies, en oefentherapie.

28 In 2012 zijn zes vormen van chronische artritis geschrapt van bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering (Bzv)(1). Dit
29 omdat langdurige fysio- en oefentherapie bij deze aandoeningen niet bewezen effectief was. Reumatoïde artritis
30 was een van deze aandoeningen.

31 In 2017 heeft het Zorginstituut het pakketadvies Fysio- en oefentherapie bij RA uitgebracht(2). Hierin is
32 geconcludeerd dat gesuperviseerde oefentherapie (ten opzichte van usual care) niet kan worden beschouwd als
33 bewezen effectieve behandeling bij RA. Gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met RA voldeed niet aan
34 de stand van de wetenschap en praktijk. Er werd geconcludeerd dat aanvullend onderzoek van goede kwaliteit
35 nodig was. In 2023 besloot de minister om langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie
36 bij patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen op te nemen in de voorwaardelijke toelating. Deze
37 regeling biedt mogelijkheid om interventies die niet voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de
38 wetenschap en praktijk' voor een bepaalde periode voorwaardelijk toe te laten (voorwaardelijke toelating, VT)
39 tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

40 Hiertoe is de 'Longstanding EXercise Therapy for people with Rheumatoid Arthritis (L-EXTRA) studie' gestart naar
41 de effecten van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie (3).

42 N.a.v. deze L-EXTRA studie is er door het Zorginstituut geconcludeerd dat langdurige gepersonaliseerde
43 gesuperviseerde actieve oefentherapie (≥52 weken) onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut
44 beschouwd kan worden als effectieve behandeling bij volwassen patiënten (≥18 jaar) met RA met ernstige
45 functionele beperkingen in het dagelijks leven. Deze interventie voldoet bij de genoemde indicatie daarom aan
46 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

47 Naar aanleiding van dit onderzoek is de minister geadviseerd om, gelet op de weging van de vier pakketcriteria,
48 langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij deze indicatie op te nemen in de

56 basisverzekering, waar de minister mee akkoord is gegaan. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de huidige
57 KNGF-richtlijn 'Reumatoïde Artritis' (2018) wordt herzien op twee modules, namelijk B.4 'Indicatiestelling' en
58 C.3.2. 'Indicatie 3: Oefentherapie met intensieve begeleiding'.
59

60 Het grootste deel van de Nederlandse patiënten met RA kan gezond beweeggedrag verkrijgen en behouden door
61 middel van kortdurende, gespecialiseerde fysio/oefentherapeutische behandeling (beknopt beweeg-
62 adviestraject) of het reguliere sport- en beweegaanbod en/of het aangepaste sport- en beweegaanbod. Voor
63 een specifieke groep patiënten geldt dat zij wel langdurige oefentherapie nodig heeft. In deze module wordt
64 ingegaan op de indicatiestelling voor langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve fysio- en
65 oefentherapie.
66

67 **Rationale van de aanbeveling**

68 De werkgroep heeft besloten om een sterke aanbeveling te formuleren voor de indicatiestelling van langdurige
69 (≥ 52 weken) gesuperviseerde gepersonaliseerde actieve oefentherapie voor patiënten met RA met ernstige
70 functionele basale beperkingen. De indicatie is gebaseerd op basis van de gevonden literatuur vanuit het
71 systematische literatuuronderzoek in C.3.2, namelijk de L-EXTRA studie. Voor deze L-EXTRA studie zijn
72 inclusiecriteria opgesteld waarbij grotendeels is aangesloten. Patiënten die in deze studie waren geïncludeerd,
73 op basis van deze criteria, lieten overwegend klinisch relevante effecten zien op de cruciale uitkomstmaten. De
74 werkgroep stelt dat het stellen van deze indicatie voor patiënten met RA met ernstige functionele basale
75 beperkingen gewaardeerd wordt door patiënten en dat de overige criteria van het EtD-proces (economische
76 overwegingen en kosteneffectiviteit, gelijkheid, aanvaardbaarheid en haalbaarheid) als haalbaar en waarschijnlijk
77 realistisch worden beschouwd.
78

79 **Conclusies op basis van de literatuur**

80 Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is gebruik gemaakt van beschreven indicaties vanuit de
81 gevonden literatuur in het systematisch literatuuronderzoek, uitgewerkt in de module C.2.3. 'Oefentherapie met
82 intensieve begeleiding' {interne link inbouwen}.

83 In deze module (C.2.3.) is het effect van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij
84 patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen in het dagelijks leven geëvalueerd. De conclusie
85 hiervan was dat bij patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen langdurige gepersonaliseerde
86 gesuperviseerde actieve oefentherapie resulteert in klinisch relevante effecten op de cruciale uitkomsten fysiek
87 functioneren en fysieke kwaliteit van leven en geen (belangrijke) bijwerkingen geeft.

88 Deze bevindingen zijn tot stand gekomen op basis van een systematisch literatuuronderzoek, waarbij de
89 beschreven effecten zijn gebaseerd op één studie, namelijk de L-EXTRA studie (1).
90

91 L-EXTRA studie

92 In deze studie zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- 93 a) patiënten die zijn gediagnosticeerd met RA door een reumatoloog;
- 94 b) patiënten die ernstige functionele achteruitgang hebben ondanks medische behandeling en deze
95 functionele achteruitgang kan of kon niet worden gestopt of verbeterd door een korte, intermitterende
96 oefentherapie-interventie;
- 97 c) patiënten die langdurige actieve oefentherapie nodig hebben vanwege ernstige beperkingen in
98 dagelijkse activiteiten veroorzaakt door RA, zoals beperkte loopafstand, problemen met het maken van
99 transfers en/of beperkingen in zelfzorg;
- 100 d) patiënten waarbij de beperkingen in basale dagelijkse activiteiten gerelateerd zijn aan pijn, stijfheid,
101 afname van spierfunctie, beperkte cardiopulmonale conditie en/of beperkte motorische controle
102 (valgevaar), veroorzaakt door hoge ziekteactiviteit ondanks optimale medische behandeling en/of
103 ernstige gewrichtsschade en/of misvormingen en/of ernstige comorbiditeit (bijv. longaandoeningen of
104 hart- en vaatziekten, depressie, morbide obesitas).
105

Bewijskracht: -	Er is geen bewijskracht en klinische relevantie (GRADE) vastgesteld.
Klinische relevantie: -	

106

107 **Van bewijs naar aanbeveling- overwegingen**

108 *Effecten en kwaliteit van bewijs*

109 Het onderdeel van bewijs naar aanbeveling bevat een negental criteria.

110 In deze module is er bij het beantwoorden van de uitgangsvraag geen effecten of bewijskracht vastgesteld. De
111 effecten en bewijskracht van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie zijn
112 uitgewerkt in de module C.2.3. 'Oefentherapie met intensieve begeleiding' [{interne link inbouwen}](#). Om die reden
113 heeft de werkgroep geen gewenste effecten, ongewenste effecten, kwaliteit van bewijs en balans van gewenste
114 en ongewenste effecten geformuleerd.

115 116 *1. Waarden en voorkeuren van patiënten*

117 De werkgroep heeft de ervaring dat de patiënten waarde zullen hechten aan de indicatiestelling, doordat
118 patiënten met ernstige functionele basale beperkingen op basis van deze indicatiestelling aanspraak kunnen
119 maken op langdurige gepersonaliseerde oefentherapie. De indicatiestelling betreft verder geen zware testen of
120 veel tijd.

121 122 *2. Economische overwegingen en kosteneffectiviteit*

123 Voor fysio- en oefentherapeuten wordt de eis gesteld dat zij een verplichte scholing volgen om deze specifieke
124 patiëntengroep te kunnen behandelen. De kosten die hiermee gepaard gaan zijn wel een investering, echter de
125 werkgroep ervaart deze als laag. De benodigde middelen voor het stellen van de indicatie voor langdurige
126 gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie worden als verwaarloosbaar beoordeeld.

127 128 *3. Gelijkheid*

129 De werkgroep verwacht dat het toepassen van de indicatie niet zal leiden tot een toename of afname van de
130 gezondheidsgelijkheid. Hierbij wordt uitgegaan dat de fysio- of oefentherapeutische zorg van patiënten met RA
131 met ernstige functionele basale beperkingen al is opgenomen in het basispakket. Het wel of niet toepassen van
132 deze specifieke indicatie, binnen het basispakket, heeft (ook voor specifieke patiëntencategorieën) geen
133 gevolgen.

134 135 *4. Aanvaardbaarheid*

136 De werkgroep verwacht dat het toepassen van de indicatie door alle key stakeholders zal worden geaccepteerd.
137 De middelen die van de therapeut geëist worden (tijd en trainingsinvestering) worden door de werkgroep als
138 verwaarloosbaar beschouwt en wegen op tegen het mogen toepassen van deze interventie bij deze specifieke
139 patiëntengroep.

140 141 *5. Haalbaarheid*

142 De wijze waarop patiënten met RA met ernstige functionele basale beperkingen worden geïndiceerd, wordt door
143 de werkgroep als waarschijnlijk wel realistisch beoordeeld. De werkgroep beoordeelt dat fysio- of
144 oefentherapeuten op basis van klinisch redeneren veelal in de dagelijkse praktijk onderscheid maken op basis
145 van deze criteria. De werkgroep is ook van mening dat de L-EXTRA studie tevens aantoont dat patiënten niet
146 over-behandeld worden, doordat de frequentie van de behandeling gedurende de studie afneemt na 52 weken.
147 Therapeuten zijn goed in staat om te evalueren of er nog een indicatie is voor de oefentherapie.

148
149 Ook geeft de werkgroep aan dat het inzetten van de langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve
150 oefentherapie alleen haalbaar is als de patiënt voldoende gemotiveerd kan worden om te bewegen. Hiertoe
151 wordt in inschatting gemaakt waarbij de fysio- of oefentherapeut luistert, adviseert en/of begeleidt en samen
152 met de patiënt te beslist of de interventie voor de patiënt de juiste optie is (2).

153 154 *Eventuele additionele overwegingen*

155 De werkgroep heeft ervoor gekozen om het laatste inclusie criterium vanuit de L-EXTRA-studie niet over te
156 nemen. Dit criterium beschrijft dat de beperkingen in dagelijkse activiteiten gerelateerd zijn aan pijn, stijfheid,
157 afname van spierfunctie, beperkte cardiopulmonale conditie en/of beperkte motorische controle (valgevaar),
158 veroorzaakt door hoge ziekteactiviteit ondanks optimale medische behandeling en/of ernstige gewrichtsschade
159 en/of misvormingen en/of ernstige comorbiditeit (bijv. longaandoeningen of hart- en vaatziekten, depressie,
160 morbide obesitas) dienen te zijn. De werkgroep beoordeelt dat de ziekteactiviteit en schade niet direct
161 gerelateerd zijn aan pijn, stijfheid, afname van spierfunctie, beperkte cardiopulmonale conditie en/of beperkte
162 motorische controle (valgevaar).

163 Daarnaast beoordeelt de werkgroep dat bij patiënten met RA er veelal sprake is van comorbiditeiten en dit geen
164 onderscheidend inclusiecriteria is voor een specifieke subgroep (zie module A.3 'Klinisch beeld,
165 diagnose' [{interne link inbouwen}](#)}).

166
167 *Aandachtspunten voor implementatie*

168 Zie het onderdeel 'haalbaarheid'.

169
170 *Kennislacunes*

171 Er zijn geen kennislacunes geformuleerd.

172

173 Overige informatie

174

175 Initiatiefnemers

176 Het initiatief voor deze modulaire herziening lag bij het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF),
177 in samenwerking met Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

178

179 Betrokkenheid van belanghebbenden (auteurs)

180 Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2024 een projectgroep samengesteld, bestaande uit een
181 kerngroep en een multidisciplinaire werkgroep. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van alle primair
182 betrokken professionals bij de zorg voor Reumatoïde Artritis (RA). De werkgroep werd ondersteund in de
183 ontwikkeling door richtlijnadviseurs vanuit het KNGF.

184 De rollen en taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in de KNGF-richtlijnenmethodiek
185 (3).

186

187 Richtlijnadviseurs KNGF en VvOCM

188

D. Conijn, MSc	Projectleider, richtlijnadviseur, KNGF, Amersfoort
M.C.M. van Doormaal, MSc	Richtlijnadviseur, KNGF, Amersfoort
dr. T.J.M. Kooiman	Richtlijnadviseur, VvOCM, Utrecht
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.	

189

190 Werkgroep

191

prof. dr. P.J. van der Wees	Onafhankelijk voorzitter werkgroep, Nijmegen
dr. M.G.J. Gademan	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Leiden
dr. W. Peter	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Leiden
A. de Jong	Fysiotherapeut 1 ^e lijn, Haarlem
S. van de Kamp-Werkman	Fysiotherapeut 1 ^e lijn, Groningen
D.A. Ueckert	Fysiotherapeut 2 ^e lijn, Leiden
dr. M.J. Nijkrake	Fysiotherapeut 2 ^e lijn, afgevaardigde NVFG, Nijmegen
M. Esseboom	Oefentherapeut 1 ^e lijn, afgevaardigde VvOCM, Waddinxveen
prof. dr. D. van Schaardenburg	Reumatoloog, afgevaardigde NVR, Amsterdam
dr. A. Kok, (alleen meelezend werkgroep lid)	Huisarts, afgevaardigde NHG, Hilversum.
NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap, NVFG = Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie, NVR = Nederlandse Vereniging Reumatologie, VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	

192

193 **Belangen**

194 Voorafgaand aan en bij afsluiting van het project hebben alle projectgroep leden een belangenverklaring
195 ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en indien nodig (bij een 'conflict of
196 interest') werden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen (bijvoorbeeld het niet participeren in het
197 proces 'van bewijs naar aanbeveling' in de werk- of klankbordgroep) om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding
198 door belangenverstremgeling zo veel mogelijk te voorkomen, conform de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2022' (4,
199 5)
200 In de belangenverklaringen is een overzicht opgenomen met de affiliaties (de organisatie of instelling en plaats
201 van werkzaamheden) van de leden van de projectgroep.

	Hoofdfuncties	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke financiële belangen	Persoonlijke relaties	Extern gefinancierd onderzoek	Intellectuele belangen en reputatie	Overige belangen	Restricties
Kerngroep								
Daniëlle Conijn	Projectleider, medior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Mitchell van Doormaal	Senior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF	Voorzitter Richtlijn Advies- en autorisatie Commissie Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (betaald op basis van vacatievergoeding)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Thea Kooiman	Beleidsmedewerker kwaliteit en wetenschap/ richtlijnadviseur bij VvOCM; Oefentherapeut bij Fysiotherapie90.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Philip van der Wees	Hoogleraar Paramedische Wetenschappen IQ Health en afdeling Revalidatie Radboudumc Nijmegen	Adjunct professor of Clinical Research and Leadership (betaald); PhD program in Translational Health Sciences School of Medicine and Health Sciences; voorzitter stuurgroep Richtlijnen Netwerk Nederland (onbetaald); Associate Editor Clinical Practice Guidelines van Physical Therapy Journal (onbetaald); The George Washington University Washington, DC, USA	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Werkgroep								
Maike Gademan	Assistant Professor, afdelingen Ortopaëdie en Klinische Epidemiologie, LUMC	Lid Wetenschappelijke Adviesraad Landelijke Registratie Orthopedische Interventies (betaald), Lid Wetenschapscommissie HMC+ (betaald)	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het voordeel is van belanghebbende.
Wilfred Peter	Fysiotherapeut Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie 16 uur. Per 1-7-2024 Fysiotherapeut, Leids Universitair Medisch centrum 24 uur	Voorzitter Stichting ReumanetNL, onbetaald, voorzitterEULAR HPR Education Subcommittee, onbetaald	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het

								voordeel is van belanghebbende of bij besluitvorming over scholing of netwerkvorming.
Arie de Jong	Master Sportfysiotherapeut (MSF) - Extended Scope Specialist (ESS) - Health Professional Rheumatology (HPR-EULAR) bij Fysiotherapie De Koningin, Haarlem	Geen	Geen	Deelnemend fysiotherapeut aan L-EXTRA onderzoek; geen belang over uitkomst	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Stéphanie van de Kamp - Werkman	Fysiotherapeut (geriatriefysiotherapeut i.o.)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
David Ueckert	Fysiotherapeut, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) (20 uur/week) Junior researcher, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) (16 uur/week)	Bestuurslid ReumanetNL (vrijwillig)	Geen	Geen	Geen	Voert een studie uit die een vervolg is van de L-EXTRA studie; geen belang in de uitkomst.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming over scholing en netwerkvorming
Maarten Nijkraake	Fysiotherapeut en senior onderzoeker, Radboudumc	Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), betaald						Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Dirkjan van Schaardenburg	Reumatoloog-onderzoeker bij Reade Research BV en emeritus hoogleraar reumatologie bij Amsterdam UMC (gepensioneerd, beide onbezoldigd)	Lid Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), (kleine) praktijk voor homeopathie. Aandeelhouder van Plants for Health BV, een social enterprise die een aangepaste versie van het Plants for Joints programma (een multidisciplinaire leefstijl interventie van volwaardige plantaardige voeding, bewegen en stress management voor mensen met reumatoïde artritis of artrose) aanbiedt als een aanvullende behandeling voor mensen met reumatische ziekten.	Geen	Geen	De L-EXTRA en L-EXSPA studies waren gefinancierd door ZonMW, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, KNGF en ReumaNederland	Medeauteur L-EXTRA-studie. De L-EXTRA studie zal wellicht meer bekendheid krijgen door het advies van de richtlijn.	Geen	Deelname aan commissie onder de volgende voorwaarde; dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de L-EXTRA studie in het voordeel is van belanghebbende.
Raymond Frans	Programma coördinator reumanederland	Lid participatieraad van gemeente Haarlem (vrijwilligersvergoeding)	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Aimée Kok-Pigge	Wetenschappelijk medewerker richtlijnen, NHG (0,2 fte); huisarts (1,0 fte)	Orthopedisch chirurg np.	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie

202 **Autoriserende partijen {later in te vullen}**

203 De volgende partijen hebben deze module geautoriseerd of geaccordeerd:

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

206

207 **Geldigheid en onderhoudsprocedure**

208 Publicatiedatum:

209 Laatst beoordeeld:

210 Laatst geautoriseerd:

211

212 De eerstvolgende beoordeling op actualiteit vindt plaats op

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

214

215 **Financiering**

216 De ontwikkeling van deze module is gefinancierd door het KNGF.

217

218 **Toepassing van de KNGF-richtlijnen methodiek**

219 De ontwikkeling van deze module heeft plaatsgevonden volgens de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2022'. Deze
220 methodiek is gebaseerd op het AGREE II-instrument en de AQUA-. Binnen de KNGF-richtlijnenmethodiek wordt
221 gebruikgemaakt van GRADE voor de beoordeling van de bewijskracht en voor het proces van 'evidence to
222 decision'(3).

223

224 **Bijlagen bij verantwoording**

225 **Bijlage 1: Bronnen**

226

227 1. Teuwen MMH, van Weely SFE, Vliet Vlieland TPM, van Wissen MAT, Peter WF, den Broeder AA, et al.
228 Effectiveness of longstanding exercise therapy compared with usual care for people with rheumatoid arthritis
229 and severe functional limitations: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(4):437-45.

230 2. Mutsaers JHAM, Ruitenbeek TH, Schmitt MA, Veenhof C, Driehuis F. KNGF Beroepsprofiel
231 Fysiotherapeut. Over het vakgebied en rollen en competenties van de fysiotherapeut Amersfoort: Koninklijk
232 Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF)
233 2021 [cited 2022 21 September]. Available from:
234 [https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-](https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf)
235 [kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf](https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf).

236 3. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D,
237 Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3
238 Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2022 [Available from:
239 <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen>].

240 4. Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. Code ter voorkoming van oneigenlijke
241 beïnvloeding door belangenverstremgeling 2016 [cited 2024 24 mei]. Available from:
242 [https://www.knaw.nl/nl/publicaties/code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-beinvloeding-door-](https://www.knaw.nl/nl/publicaties/code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-beinvloeding-door-belangenverstremgeling)
243 [belangenverstremgeling](https://www.knaw.nl/nl/publicaties/code-ter-voorkoming-van-oneigenlijke-beinvloeding-door-belangenverstremgeling).

244 5. Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D, Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek:
245 ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3 Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap
246 voor Fysiotherapie (KNGF); 2022 [Available from:
247 [https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-](https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek_2022.pdf)
248 [richtlijnenmethodiek_2022.pdf](https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek_2022.pdf)].

249