

# Kennisbank richtlijnontwikkeling

Ondersteunende materialen bij het ontwikkelen van richtlijnen

## Tool Knelpuntenanalyse

Inhoud

- [1. Inleiding](#)
- [2. Doel van deze tool](#)
  - [2.1. Deze tool ondersteunt de processen van:](#)
- [3. Stappenplan / beslisboom](#)
- [4. Fase 1: Het bepalen van de scope](#)
  - [4.1. Stap 1: Onderwerpkeuze](#)
  - [4.2. Stap 2: In kaart brengen van het onderwerp](#)
- [5. Fase 2: Komen tot een selectie van knelpunten die uitwerking behoeven](#)
  - [5.1. Stap 3: Inventarisatie van knelpunten](#)
  - [5.2. Stap 4: Analyse van knelpunten](#)
  - [5.3. Stap 5: Selectie van belangrijke knelpunten](#)
- [6. Fase 3: Beslissen over aanpak van knelpunten](#)
  - [6.1. Stap 6: Keuze van methodiek om geselecteerde knelpunten op te lossen / aan te pakken](#)
- [7. Overdracht naar richtlijnwerkgroep](#)
- [8. Literatuur](#)

### 1. Inleiding

Om richtlijnen goed te laten aansluiten bij het veld is het belangrijk dat ze uitgaan van actuele problemen, ofwel knelpunten die in het werkveld worden ervaren. Zowel zorgprofessionals als patiënten en andere stakeholders zoals bestuurders, beleidsmakers, verzekeraars, overheid kunnen de knelpunten ervaren. Deze knelpunten kunnen betrekking hebben op een onderwerp waar nog geen actuele richtlijn voor bestaat of op een onderwerp waarover weliswaar een richtlijn voorhanden is maar waar de betreffende richtlijn geen oplossing voor biedt. De ervaren knelpunten kunnen aanleiding zijn om een nieuwe richtlijn te ontwikkelen of om een herziening van een bestaande richtlijn te initiëren. De keuzes die een richtlijnwerkgroep bij de afbakening van het onderwerp maakt, bepalen wat er wel en niet in de richtlijn ter sprake komt en in hoeverre de richtlijn tegemoet komt aan de behoeften van de beoogde gebruikers. Uit het proces van afbakening volgt de formulering van het onderwerp en de reikwijdte (scope) waarna de werkgroep een knelpunteninventarisatie en -analyse uitvoert. Na de knelpuntenanalyse neemt zij een beslissing over de richtlijnontwikkeling. Wanneer zij een richtlijn de meest adequate oplossing vindt voor de ervaren knelpunten, moet zij vervolgens de knelpunten naar concrete uitgangsvragen vertalen. De richtlijn moet deze vragen beantwoorden. Voor een richtlijnwerkgroep is vaak onduidelijk hoe zij de scope van de richtlijn bepaalt alsook hoe ze tot een selectie van knelpunten komt. Deze tool biedt adviezen voor het vooronderzoek of voorbereidingsfase van richtlijnontwikkeling en -herziening. De tool beschouwt het inventariseren, analyseren en uiteindelijk selecteren van knelpunten als een proces dat onafhankelijk van een eventueel te starten richtlijnproject plaatsvindt. Behalve richtlijnontwikkeling kan bijvoorbeeld ook scholing of het formuleren van een standpunt of advies een geschikte manier zijn om de geselecteerde knelpunten aan te pakken.

## 2. Doel van deze tool

### 2.1. Deze tool ondersteunt de processen van:

1. het vaststellen van de scope;
2. het inventariseren van knelpunten;
3. het analyseren van knelpunten;
4. het prioriteren en selecteren van knelpunten.

De tool kan tijdens het vooronderzoek of voorbereidingsfase tevens als hulpmiddel dienen bij het beslissen of richtlijnontwikkeling of richtlijnherziening al dan niet de meest geëigende wijze is om ervaren knelpunten op te lossen.

## 3. Stappenplan / beslisboom

### VOORONDERZOEK AANPAK KNELPUNTEN PRAKTIJK

#### NIEUWE RICHTLIJN

#### RICHTLIJNHERZIENING

##### STAP 1: ONDERWERPKEUZE

##### STAP 1: RICHTLIJNHERZIENING

Gebaseerd op klinische onzekerheid, ziektelast, te behalen gezondheidswinst, incidentie/prevalentie, beschikbaarheid evidentie, kosten, haalbaarheid, implementatieaspecten, patiëntveiligheid.

Redenen voor herziening:

- Beschikbaarheid van nieuwe evidence of overwegingen;
- Signalering van nieuwe knelpunten bij gebruik van richtlijn;
- Verstrijken vooraf bepaalde periode voor richtlijnherziening.

*FASE 1:*

*BEPALEN  
SCOPE*

##### STAP 2: IN KAART BRENGEN VAN HET ONDERWERP

##### STAP 2: IN KAART BRENGEN VAN HET ONDERWERP

- Beknopt deskresearch prevalentie, incidentie, kosten
- Verzamelen van bestaande (inter)nationale en regionale richtlijnen, werkafspraken en protocollen;
- Zo mogelijk reikwijdte + patiëntendoelgroep bepalen.

- Verzamelen van bestaande (inter) nationale en regionale richtlijnen, werkafspraken en protocollen;
- Vaststellen welke delen van de richtlijn herzien zullen worden.

### **STAP 3: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN**

- Bij experts en ervaringsdeskundigen op het onderhavige onderwerp (o.a. professionals uit het veld, (vertegenwoordigers van) patiënten, professionals uit aanpalende velden, beleidsmakers, zorgverzekeraars, overheid, eigenaars van bestaande richtlijnen, wetenschappers, uitvoeringsorganisaties);
- Mogelijke methodieken: brainstormsessies, literatuuronderzoek, analyse van geregistreerde data, interviews/focusgroepen met hulpverleners en/of patiënten, enquête onder hulpverleners en/of patiënten, digitale discussiefora, web-based inventarisatie.

*FASE 2:*

*KOMEN TOT  
SELECTIE VAN  
KNELPUNTEN  
DIE  
UITWERKING  
BEHOEVEN*

### **STAP 3: INVENTARISATIE VAN KNELPUNTEN**

- Bij experts ervaringsdeskundigen op het onderhavige onderwerp (o.a. professionals uit het veld, (vertegenwoordigers van) patiënten, professionals uit aanpalende velden, beleidsmakers, zorgverzekeraars, overheid, inspectie, eigenaars van bestaande richtlijnen, wetenschappers, uitvoeringsorganisaties);
- Postbus voor richtlijncommentaren en signalen uit het veld;
- Mogelijke methodieken: brainstormsessies, literatuuronderzoek, analyse van geregistreerde data, interviews/focusgroepen met hulpverleners en/of patiënten, enquête onder hulpverleners en/of patiënten, digitale discussiefora, web-based inventarisatie.

### **STAP 4: ANALYSE VAN KNELPUNTEN**

- Indeling/clustering thema's;
- Inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot implementatie.

### **STAP 4: ANALYSE VAN KNELPUNTEN**

- Analyseren van de delen van de richtlijn die herzien moeten worden.

### **STAP 5: PRIORITERING / SELECTIE VAN KNELPUNTEN**

Door experts op het onderhavige onderwerp (o.a. professionals en patiënten uit het veld, professionals uit aanpalende velden, beleidsmakers, zorgverzekeraars, overheid, eigenaars van bestaande richtlijnen, wetenschappers, uitvoeringsorganisaties)

### **STAP 6: KEUZE VAN METHODIEK OM GESELECTEERDE KNELPUNTEN AAN TE PAKKEN**

*FASE 3:*

Mogelijke uitkomsten:

AANPAK  
KNELPUNTEN

1. Ontwikkelen nieuwe richtlijn;
2. Aanpassen, herzien of afschaffen bestaande richtlijn;
3. Aanpakken geselecteerde knelpunten op andere wijze, zoals samenwerkingsafspraken, organisatorische of bestuurlijke maatregelen, wet- en regelgeving.

**BIJ KEUZE VOOR RICHTLIJNONTWIKKELING OF RICHTLIJNHERZIENING:  
OVERDRACHT NAAR RICHTLIJNWERK GROEP OVER:**

1. *Deelnemende partijen aan knelpuntenanalyse en welk knelpunt door welke partij(en) is aangedragen;*
2. *Bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot invoering van de nieuwe/herziene richtlijn;*
3. *Te verwachten problemen bij de toekomstige ontwikkeling/herziening van de richtlijn in verband met tegenstrijdige ideeën/belangen van partijen.*

## 4. Fase 1: Het bepalen van de scope

### 4.1. Stap 1: Onderwerpkeuze

Allereerst dient een brede inventarisatie van mogelijke onderwerpen plaats te vinden. Draagvlakverbreding en het betrekken van verschillende perspectieven zijn belangrijk. Daarom verdient het aanbeveling om behalve hulpverleners ook de desbetreffende patiëntenorganisaties bij de onderwerpkeuze te betrekken. Daarnaast kan overwogen worden om vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en beleidsmakers bij de onderwerpkeuze te betrekken. Het is raadzaam om de keuze van het onderwerp te baseren op de volgende criteria: klinische onzekerheid (blijkend uit een aanzienlijke variatie in handelen tussen zorgprofessionals), ziektelast, mogelijk te behalen gezondheidswinst, incidentie en/of prevalentie van de betreffende aandoening of klacht, beschikbaarheid van medisch-wetenschappelijke gegevens, kosten, patiëntveiligheid, haalbaarheids- en implementatieaspecten. Onderstaande matrix kan als hulpmiddel dienen bij het maken van een afweging tussen de diverse mogelijke onderwerpen. In geval van richtlijnherziening dienen bestaande lacunes in huidige richtlijnen meegenomen te worden.



Figuur 2: Onderwerpkeuze richtlijnen

De uiteindelijke keuze voor een onderwerp is lang niet altijd een kwestie van een vrije keuze, maar wordt veelal deels ingegeven door externe factoren, zoals gemaakte afspraken met andere organisaties (waarbij het vaak gaat om samenwerking met betrekking tot specifieke onderwerpen) of geormerkte subsidie voor ontwikkeling van richtlijnen die passen binnen door de overheid gekozen landelijke speerpunten. Om te voorkomen dat richtlijnen ontwikkeld worden die niet aan de vragen van het veld voldoen moet ook dan dit stappenplan worden doorlopen.

## 4.2. Stap 2: In kaart brengen van het onderwerp

Wanneer over het gekozen onderwerp nog geen richtlijn voorhanden is, is het raadzaam om een beknopte deskresearch uit te voeren naar een aantal belangrijke aspecten zoals prevalentie, incidentie en kosten. Om de huidige kennis over het onderwerp inzichtelijk te krijgen worden naast bestaande (inter)nationale richtlijnen ook aanwezige regionale werkafspraken en protocollen met betrekking tot het onderhavige onderwerp bestudeerd. Ten behoeve van samenwerking en afstemming is het aan te bevelen om ook richtlijnen van aanpalende disciplines te verzamelen. Om redenen van efficiëntie kan daarbij allereerst gebruik gemaakt worden van bestaande collecties zoals bij de diverse kenniscentra bijeengebracht (zie [Tool Elektronische ontsluiting van richtlijnen](#)). Via het doornemen van bestaand materiaal kan een richtlijnwerkgroep onderliggende tegenstrijdigheden alsmede lacunes in bestaande documenten opsporen. Tegelijkertijd kan zij achterhalen wie over het betreffende onderwerp veel hebben gepubliceerd en daarom betrokken zouden kunnen worden bij de inventarisatie, analyse en selectie van knelpunten of bij de latere fasen van het eventueel te starten richtlijnontwikkeltraject. Voorgaande informatie kan een richtlijnvoorbereidingsgroep met experts op het onderwerp eveneens in kaart brengen. Indien mogelijk stelt de werkgroep de reikwijdte van het onderwerp vast. Hierbij kan zij een keuze maken tussen preventie, diagnostiek, behandeling en/of nazorg met betrekking tot een klacht of aandoening. Daarnaast bepaalt zij zo mogelijk ook de patiëntendoelgroep, bijvoorbeeld of een richtlijn zal worden ontwikkeld over depressie bij volwassenen, inclusief of exclusief postnatale depressie, ouderen of kinderen.

In geval van herziening dient de werkgroep aan de hand van de volgende vragen vast te stellen welke delen herzien zullen worden:

- Waar is nieuwe evidence voor?
- Welke knelpunten worden in de dagelijkse praktijk ervaren waar de huidige richtlijn geen oplossing voor biedt?
- Waar blijken in de praktijk andere werkwijzen gehanteerd te worden?
- Waar moeten nieuwe samenwerkingsafspraken voor worden gemaakt?

## 5. Fase 2: Komen tot een selectie van knelpunten die uitwerking behoeven

### 5.1. Stap 3: Inventarisatie van knelpunten

De werkgroep inventariseert de ervaren knelpunten bij zorgverleners werkzaam in de dagelijkse praktijk. In geval van herziening moet zij expliciet aandacht besteden aan verzamelde richtlijncommentaren uit het veld. Zowel wat betreft de uitgebreidheid als de methodiek van de knelpunteninventarisatie zijn diverse mogelijkheden voorhanden. De uitgebreidheid van de knelpunteninventarisatie is afhankelijk van het onderwerp, de beroepsgroepen en beschikbare financiën. In algemene zin kan worden aanbevolen om een knelpunteninventarisatie uit te voeren welke *zo eenvoudig als mogelijk en zo uitgebreid als nodig is*. Concreet gesteld: bij onderwerpen waarover veel eensgezindheid bestaat kan met een eenvoudigere knelpunteninventarisatie worden volstaan, terwijl voor onderwerpen waarover veel discussie bestaat of strijdige opvattingen heersen een uitgebreidere knelpunteninventarisatie plaats dient te vinden om aan alle meningen recht te doen.

Wanneer een uitgebreidere knelpunteninventarisatie aangewezen is, dient deze ‘op maat’ plaats te vinden en is het belangrijk om kritisch te bekijken wie daarbij betrokken moeten worden. Daarbij valt

te denken aan: professionals uit het veld, patiënten-/cliëntenorganisaties, verenigingen van familieleden en betrokkenen, professionals uit aanpalende velden, beleidsmakers, zorgverzekeraars, overheid, inspectie, eigenaars van bestaande richtlijnen, wetenschappers en uitvoeringsorganisaties. Vanwege lokale verschillen in zorgverlening en -organisatie is het daarnaast ook wenselijk dat er geruime spreiding is wat betreft het regionale werkgebied van de betrokkenen. De knelpunteninventarisatie bij patiënten genereert veelal knelpunten op alle kwaliteit van zorg aspecten, relationeel, organisatorisch en professioneel. Het is voorts van belang om altijd de motivatie die onder het betreffende knelpunt ligt te documenteren zodat in een later stadium van de richtlijnontwikkeling gekeken kan worden of de aanbevelingen in de uiteindelijke richtlijn daadwerkelijk antwoord geven op de bij de start geïnventariseerde knelpunten. Het verdient aanbeveling om behalve naar motivatie ook naar eventuele domeindiscussies en belangen te vragen teneinde obstakels voor zorginnovatie en efficiënte samenwerking en afstemming in de zorg op te sporen.

Een knelpunteninventarisatie kan met behulp van verschillende methoden worden uitgevoerd. Mogelijke (ook in verschillende combinaties toe te passen) methoden zijn:

- Gestructureerde brainstormsessie met een daarvoor bijeengebrachte (focus)groep;
- Invitational conference;
- Literatuuronderzoek;
- Analyse van routinematig verzamelde gegevens (registraties);
- Individuele interviews met hulpverleners en/of patiënten;
- Groepsinterview/focusgroep met hulpverleners en/of patiënten;
- Schriftelijke enquête onder hulpverleners en/of patiënten;
- Telefonische enquête onder hulpverleners en/of patiënten;
- Digitaal discussieforum met hulpverleners en/of patiënten;
- Web-based inventarisatie.

De keuze tussen de (combinatie van) verschillende methoden is afhankelijk van de gewenste uitgebreidheid van de knelpunteninventarisatie (breedte van het onderwerp; aantal bij het onderwerp betrokken beroepsgroepen; gevoelde noodzaak voor het creëren van draagvlak) alsmede van de beschikbare middelen (in tijd en geld). Het is raadzaam om een uitputtende knelpunteninventarisatie uit te voeren waarbij wordt doorgedaan tot verzadiging is bereikt, met andere woorden tot extra inspanning geen nieuwe knelpunten meer oplevert. Voor praktische aanbevelingen met betrekking tot de diverse methodieken voor het inventariseren van knelpunten wordt verwezen naar de literatuurlijst.

## **5.2. Stap 4: Analyse van knelpunten**

Het doel van de analyse is het consciëntieus wegen van de knelpunten, om in de volgende stap zodanig te kunnen prioriteren dat recht gedaan wordt aan de belangen van alle betrokken partijen. Het is raadzaam om bij de knelpuntenanalyse een indeling/clustering in thema's te maken, bijvoorbeeld gebaseerd op eerder geïnventariseerde literatuur. Hierbij kan gedacht worden aan preventie, diagnostiek, behandeling, organisatie van zorg, etc. De indeling in thema's zal per richtlijnonderwerp verschillen. Voorts wordt geadviseerd om voor de diverse knelpunten na te gaan of bekend is of het betreffende knelpunt voor de gehele populatie geldt dan wel voor specifieke doelgroepen.

## **5.3. Stap 5: Selectie van belangrijke knelpunten**

Indien het resultaat van de knelpuntenanalyse bestaat uit een omvangrijke en heterogene lijst met aangedragen knelpunten, zal eerst een selectie op basis van prioritering plaats moeten vinden om tot een werkbaar plan te komen. Professionals uit het veld en (vertegenwoordigers van) patiënten vormen de meerderheid bij het prioriteren van knelpunten. Echter, om zoveel mogelijk criteria/aspecten bij de prioritering mee te nemen dienen ook de overige partijen die bij de knelpunteninventarisatie betrokken waren de prioritering uit te voeren. De diverse partijen kunnen namelijk andere criteria hanteren die bij de prioritering van doorslaggevend belang zijn:

- Professionals en patiënten uit het veld: mate waarin het knelpunt een praktijkprobleem vormt/urgentie;
- Professionals uit aanpalende velden: aspecten met betrekking tot afgrenzing en samenwerking in de zorg;
- Eigenaars van bestaande richtlijnen: kennislacunes en tegenstrijdigheden;
- Wetenschappers: theoretische kaders, beschikbare evidence en mogelijkheden voor publicatie;
- Beleidsmakers/zorgverzekeraars/overheid: haalbaarheid, uitvoerbaarheid, kosten en urgentie.

Alle betrokkenen dienen het resultaat van de knelpuntenanalyse te ontvangen met daarbij het verzoek om een top 3 (of 5 of 10) van knelpunten te kiezen die voor hen de hoogste prioriteit hebben om uitgewerkt te worden. Zij dienen daarbij ook aan te geven of zij specifieke affiniteit dan wel belangen met betrekking tot het betreffende onderwerp hebben. Belangrijk hierbij is dat de prioritering separaat naar discipline wordt gedaan, zodat niet simpelweg de meeste stemmen de prioritering bepalen. Deze prioritering kan via een (schriftelijke of digitale) enquête of tijdens een fysieke bijeenkomst plaatsvinden. Prioritering tijdens fysieke bijeenkomsten (bijvoorbeeld invitational conference) waar alle relevante partijen vertegenwoordigd zijn biedt als voordeel dat er behalve het scoren ook onderlinge discussie mogelijk is om tot een goede selectie van knelpunten te komen. Een gedegen selectie van knelpunten leidt ertoe dat de richtlijnwerkgroep zich bij eventuele richtlijnontwikkeling kan beperken tot beantwoording van de meest belangrijke knelpunten die in de praktijk leven en op die manier tot een definitieve afbakening van het onderwerp kan komen.

## **6. Fase 3: Beslissen over aanpak van knelpunten**

### **6.1. Stap 6: Keuze van methodiek om geselecteerde knelpunten op te lossen / aan te pakken**

Na het selecteren van de knelpunten die de hoogste prioriteit hebben om nader uitgewerkt te worden dient beoordeeld te worden of een richtlijn de meeste adequate vorm is om adviezen en aanbevelingen over het betreffende onderwerp te geven. Wanneer het bijvoorbeeld gaat om gebrek aan basale kennis of vaardigheden is scholing misschien meer op zijn plaats dan richtlijnontwikkeling. Wanneer de knelpunten sterk samenhangen met het stelsel of de structuur van de zorg, is het beter om een standpunt of advies te formuleren en uit te dragen dan er een richtlijn voor te maken. Wanneer er voldoende evidence voorhanden is, maar een overzicht van het beschikbare bewijs ontbreekt is richtlijnontwikkeling het meest op zijn plaats.

Dit beoordelingsproces kan leiden tot de volgende beslissingen:

- Voor het aanpakken van de geprioriteerde knelpunten wordt een nieuwe richtlijn ontwikkeld. In dat geval moet de werkgroep de knelpunten vertalen naar uitgangsvragen;
- Voor het aanpakken van de geprioriteerde knelpunten zal de bestaande richtlijn worden aangepast, herzien of afgeschaft. De knelpunten dienen te worden vertaald naar uitgangsvragen;
- Voor het aanpakken van de geprioriteerde knelpunten zal een andere methodiek dan richtlijnontwikkeling worden gekozen.

De hiervoor beschreven stappen dienen gevolgd te worden om te bepalen of richtlijnontwikkeling het juiste middel/instrument is om knelpunten aan te pakken. Deze stappen dienen onafhankelijk van het eventueel te starten richtlijnproject plaats te vinden en hiervoor dient afzonderlijke financiering (5-15% van het totale budget) beschikbaar te worden gesteld. Het is essentieel dat professionals en patiënten uit het veld de belangrijkste participanten in deze voorbereidende stappen zijn. Professionals, beleidsmakers, kwaliteitsfunctionarissen en richtlijnontwikkelaars dienen gezamenlijk een beslissing te nemen over welke methodiek het meest geschikt is om de geselecteerde knelpunten aan te pakken. Indien besloten wordt om de knelpunten door middel van richtlijnontwikkeling aan te pakken is het vanaf dit punt de beurt aan richtlijnontwikkelaars om de knelpunten te vertalen in (helder afgebakende, beantwoordbare) uitgangsvragen. Indien een richtlijn de beste oplossing voor de geprioriteerde knelpunten lijkt te bieden is het aantal (evidence-based) uit te werken uitgangsvragen afhankelijk van beschikbare tijd en middelen. Ook wanneer wordt besloten om de knelpunten op een andere manier dan

door middel van richtlijnontwikkeling aan te pakken is het geïnvesteerde budget nuttig besteed: het kan dan namelijk leiden tot advies aan opleidingen en standpunten ten behoeve van organisaties en overheden.

## 7. Overdracht naar richtlijnwerkgroep

Indien wordt besloten een richtlijn te ontwikkelen dan wel te herzien, dient met betrekking tot de volgende punten uit het vooronderzoek of voorbereidingsfase een (schriftelijke) overdracht plaats te vinden naar de richtlijnwerkgroep:

- Deelnemende partijen aan knelpuntenanalyse en welk knelpunt door welke partij(en) is aangedragen;
- Reeds aanwezige informatie over bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van de toekomstige richtlijn (met onder andere aandacht voor organisatie/logistiek en kosten);
- Te verwachten problemen bij de toekomstige ontwikkeling/herziening van de richtlijn in verband met tegenstrijdige ideeën/belangen van partijen.

## 8. Literatuur

- Evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO). Handleiding voor werkgroepleden (hoofdstuk 4: knelpuntenanalyse en opstellen van uitgangsvragen). Utrecht: CBO 2007 ([www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/4-Knelpunten-uitgangsvragen/](http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/4-Knelpunten-uitgangsvragen/)).
- The NICE Guidelines Manual 2009 (hoofdstuk 2: the scope). The UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ([www.nice.org.uk/GuidelinesManual](http://www.nice.org.uk/GuidelinesManual)).
- Van Everdingen JJE, Burgers JS, Assendelft. WJJ, ea. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Leidraad voor de praktijk. Houten: BSL, 2004.
- Knelpunten, behoeften en wensen voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen – Veldraadpleging in de cure, de care en de preventie. Den Haag: regieraad 2009 ([www.regieraad.nl/downloads](http://www.regieraad.nl/downloads) (pdf)).
- Levende richtlijnen / actueel houden van richtlijnen. Den Haag: regieraad 2010 ([www.regieraad.nl/downloads](http://www.regieraad.nl/downloads) (pdf)).
- SIGN 50: a guideline developer's handbook (hoofdstuk 3: selection of guideline topics). Revised edition 2008. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines ([pdf](#)).
- Jeanine Evers (red.) Kwalitatief interviewen: kunst en kunde. Den Haag: Lemma/Boom, 2007.
- Kraaijeveld, K. & Weusten, S. 'Helder denken, routeplanner voor je brein'. Kosmos Uitgevers B.V. 2010.