

| Richtlijn zelf           |                    |                        |                          | Uitleg en instructie   | Zie HARING-tool voor oplossingsrichting   | Vormt dit een barriere? | Wie is verantwoordelijk voor de oplossing? | Motivatie |
|--------------------------|--------------------|------------------------|--------------------------|--|---|-------------------------|--|-----------|
| Voorbereidingscommissie  | Ontwikkelcommissie | Implementatiecommissie | Lokale implementatieteam | Aandachtspunt  |   |                         |  |           |
| <u>Geloofwaardigheid</u> |                    |                        |                          |  |   |                         |  |           |
| I                        |                    |                        |                          | Staat de geloofwaardigheid van de <i>makers</i> van de richtlijn ter discussie?  | Bij makers moet men denken aan iedereen die bij de ontwikkeling van de richtlijn is betrokken, bijv. de samenstelling van de richtlijncommissie en de instanties die de richtlijn hebben geautoriseerd. De gebruiker moet een gevoel van "ownership" kunnen krijgen.  | 4                       |  |           |
| I                        |                    |                        |                          | Bestaan er controverses over (delen van) de <i>inhoud</i> van de richtlijn?  | Het kan zijn dat men het niet over elke aanbeveling eens is. De kans hierop is groter naarmate er meer professies en disciplines bij de richtlijn zijn betrokken.   | 9                       |  |           |
| <u>Relatief voordeel</u> |                    |                        |                          |  |   |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Bestaat er twijfel onder zorgverleners over het <i>voordeel</i> dat ze van de richtlijn zullen hebben?   | Het gaat hier om direct profijt voor de gebruiker van de richtlijn: kwaliteitswinst, tijdswinst, of financieel voordeel. Ook eventuele nadelen moeten hier in beschouwing worden genomen. Verwacht u dat de voordelen zullen opwegen tegen de nadelen (zoals risico's, bijwerkingen, kosten voor patient, investering en kosten voor professional). |                         |  |           |
| <u>Duidelijkheid</u>     |                    |                        |                          |  |   |                         |  |           |
| I                        |                    |                        |                          | Bestaat er nog onduidelijkheid over het <i>doel en gebruik</i> van de richtlijn?   | Voor welk probleem of welke ziekte is de richtlijn bedoeld? Zijn de uitgangsvragen afdoende en eenduidig geformuleerd? Wie moeten met de richtlijn gaan werken? Welke patientendoelgroep heeft men op het oog?  |                         |  |           |
|                          | II                 |                        |                          | Zijn er nog aanbevelingen die voor meerdere <i>interpretaties</i> vatbaar zijn?  | Dit kan het geval zijn als de nomenclatuur niet consistent is. Of als criteria voor behandelkeuzes en acties (doseringen e.d.) onvoldoende zijn geformaliseerd (Dus niet: ... <i>bij ouderen valt te overwegen om...</i> , maar ... <i>bij mensen &gt;65 jaar geldt voorkeursoptie 1; voorkeursoptie 2...</i> )                                     |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Bestaat er nog onduidelijkheid over de <i>volgorde</i> waarin de aanbevelingen dienen te worden uitgevoerd?                                    | Dit kan men voorkomen door de aanbevelingen in een een stroomschema weer te geven of in een genummerde lijst.   |                         |  |           |
| <u>Toegankelijkheid</u>  |                    |                        |                          |  |   |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Zijn er extra maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat zorgverleners de richtlijn kunnen <i>vinden</i> ?                                      | Hoe wordt de richtlijn verspreid en onder de aandacht gebracht? Krijgt deze een voor de hand liggende plek in de bibliotheek van richtlijnen op de website van de beroepsvereniging?  |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Zijn er extra maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat zorgverleners de richtlijn kunnen <i>doorzoeken</i> ?                                  | Het gaat hier om zaken die de overzichtelijkheid bevorderen, zoals een samenvattingskaart, een inhoudsopgave, een modulaire opbouw, een visuele leeswijzer, een index of een vrije zoekfunctie (indien elektronisch). Worden complexe aanbevelingen verduidelijkt dmv visuele weergaves?  |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Zijn er extra maatregelen nodig om de benodigde <i>klinische instrumenten</i> toegankelijk te maken?   | Hierbij valt te denken aan opname in de richtlijn van een "resource list" met klinimetrische instrumenten en andere hulpmiddelen.   |                         |  |           |
|                          |                    | III                    |                          | Moet er nog een <i>patientenversie</i> van de richtlijn beschikbaar worden gesteld?  | Ook hiervoor geldt dat deze op een voor de hand liggende locatie wordt geplaatst. Zowel voor de professional (om mee te geven) als voor de patient (om zelf op te zoeken).  |                         |  |           |
| <u>Uitvoerbaarheid</u>   |                    |                        |                          |  |   |                         |  |           |
|                          | II                 |                        |                          | Is er extra <i>scholing</i> nodig om zorgverleners de kennis en vaardigheden bij te brengen om de aanbevelingen in de richtlijn uit te voeren? | Denk hierbij aan voorlichtingsbijeenkomsten, cursussen en trainingen.   |                         |  |           |
|                          | II                 |                        |                          | Zijn er extra <i>hulpmiddelen</i> nodig om de uitvoering van aanbevelingen te bevorderen?  | Hierbij valt te denken aan handigheidsjes zoals samenvattingskaartjes, keuzehulpen en digitale apps. Maar ook aan vergoedingen om betaalde services te kunnen gebruiken.  |                         |  |           |

|   |    |     | Inhoud  |  |    |  |  |
|---|----|-----|---|--|----|--|--|
|   | II |     | Moeten er in de richtlijn nog aanbevelingen worden opgenomen over de <i>organisatie van de zorg</i> ?   | Soms zijn aanbevelingen over organisatorische aspecten minstens zo belangrijk als die over diagnostiek, therapie etc. Zoals bijvoorbeeld de inrichting van een stroke unit in de richtlijn voor CVA.   |    |  |  |
|   | II |     | Moeten er in de richtlijn nog aanbevelingen worden opgenomen over de <i>communicatie met de patient</i> over onderdelen van de richtlijn?   | Soms zijn aanbevelingen over communicatieve aspecten minstens zo belangrijk als die over diagnostiek, therapie etc. Zoals bijvoorbeeld in de richtlijn SOLK. Het gaat hierbij niet over het belang van een goede arts-patientcommunicatie in het algemeen, maar over gerichte communicatie over specifieke onderdelen van de richtlijn.  | 14 |  |  |
|   | II |     | Moeten er in de richtlijn nog aanbevelingen worden opgenomen over handelingen die worden <i>afgeraden</i> ?   | Soms is het afraden van bestaande routines minstens zo belangrijk als het aanraden van nieuwe routines. Zoals bijv. om pre-operatief niet meer te scheren).  |    |  |  |
|   |    |     | <u>Flexibiliteit / aanpasbaarheid</u>   |  |    |  |  |
|   |    | III | Zijn er extra maatregelen nodig om de richtlijn vertaalbaar te maken naar <i>lokale omstandigheden</i> (bijv. naar zorgprotocollen, klinische paden)?                                 | Een richtlijn wordt altijd in een bepaalde setting geïmplementeerd en moet flexibel genoeg zijn om te worden aangepast aan de "couleur locale" van de setting.   |    |  |  |
|   | II |     | Moeten er nog <i>second-best alternatieven</i> in de richtlijn worden opgenomen voor het geval een aanbeveling niet uitvoerbaar is?   | Soms is een aanbeveling niet uitvoerbaar vanwege organisatorische redenen, of omdat de verzekering niet betaalt, of omdat de conditie van de patient het niet toelaat. In dat geval moet er een alternatief voor handen zijn. Of er moet een bandbreedte worden aangegeven waarbinnen men nog naar de geest van de richtlijn blijft.   |    |  |  |
|   |    |     | <u>Testbaarheid</u>   |  |    |  |  |
|   |    | III | Moeten er aan de richtlijn nog <i>adviezen voor implementatie</i> worden toegevoegd?  | Afhankelijk van de complexiteit van de richtlijn kan het gaan om een bijlage met instructies voor het lokale implementatieteam. <b>Zie de checklist voor lokale implementatoren.</b> Of een lijst met organisatorische randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn. Of een blauwdruk voor een compleet implementatieplan.  |    |  |  |
|   |    | III | Zijn er extra maatregelen nodig om de richtlijn eerst op kleine schaal <i>uit te proberen</i> ?   | Bijvoorbeeld een proefimplementatie op een afdeling, of bij een deel van de doelgroep.   |    |  |  |
|   |    |     | <u>Compatibiliteit / verenigbaarheid</u>  |  |    |  |  |
| I |    |     | Bevat de richtlijn aanbevelingen die kunnen botsen met met de <i>normen en waarden</i> van de zorgverleners?  | Soms kan het zijn dat een aanbeveling stuit op principiële bezwaren van (een deel van) de zorgverleners. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?  |    |  |  |
|   |    | III | Bevat de richtlijn aanbevelingen die een grote <i>inbreuk doen op bestaande routines</i> van de betrokken zorgverleners?  | Soms kan het zijn dat een richtlijn (op onderdelen) lastig uitvoerbaar is omdat aanbevelingen haaks kunnen staan op de werkwijze van de zorgverlener. Dit kan gebeuren als de makers van de richtlijn te ver voor de troepen uitlopen. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?  |    |  |  |
|   |    | III | Bevat de richtlijn aanbevelingen die <i>niet consistent</i> zijn met die in relevante andere richtlijnen?   | Als een bepaalde aanbeveling in meerdere richtlijnen voorkomt, kunnen eventuele inhoudelijke discrepanties tot misverstanden leiden. Bijvoorbeeld als richtlijnen op uiteenlopende momenten worden herzien. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?   |    |  |  |
| I |    |     | Kunnen er <i>afstemmingsproblemen</i> ontstaan als aanbevelingen in de richtlijn niet stroken met die in andere richtlijnen (in geval van multi-morbiditeit, inter-disciplinariteit)? | Als een patient te maken krijgt met verschillende richtlijnen (bijv. bij meerdere ziektes of meerdere behandelaars), moeten deze richtlijnen goed op elkaar aansluiten. Verschillen van inzicht tussen professies en disciplines komen soms dan pas aan het licht. Ook het combineren van nieuwe en oude richtlijnen kan voor problemen zorgen. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen? |    |  |  |
|   |    |     | <u>Evalueerbaarheid</u>   |  |    |  |  |

|                           |    |  |   |  |    |  |  |  |
|---------------------------|----|--|---|--|----|--|--|--|
|                           | II |  | Moeten er in de richtlijn nog <i>kernaanbevelingen</i> worden geselecteerd?   | Het moet voor de zorgverlener duidelijk zijn, welke aanbevelingen de hoogste prioriteit hebben. Kernaanbevelingen zijn het meest bepalend voor de uitkomst van de behandeling, vanwege een combinatie van behoeften bij de patient, bewijssterkte, ruimte voor verbetering, en doelmatigheid.  |    |  |  |  |
|                           | II |  | Moeten er nog <i>toetsingsinstrumenten</i> komen waarmee de zorgverleners kunnen beoordelen hoe vaak ze van bepaalde (kern)aanbevelingen zijn afgeweken?                        | Hierbij valt te denken aan toetsbare indicatoren, het liefst als percentage met concrete teller en noemer. Dit percentage kan worden afgezet tegen een haalbare norm of een worden gespiegeld aan een gemiddelde. Verschillende strategieën zijn mogelijk, bijvoorbeeld een periodieke vergelijking of basis van de "kernindicatoren", of directe elektronische feedback als men van de richtlijn afwijkt.                             | 11 |  |  |  |
| <b>Patiënt</b>            |    |  |   |  |    |  |  |  |
|                           |    |  | <u>Cognitie, cultuur, draagkracht</u>   |  |    |  |  |  |
|                           | II |  | Bevat de richtlijn aanbevelingen die een beroep doen op de <i>kennis en vaardigheden</i> van de patient, en valt te verwachten dat sommige patienten hier moeite mee hebben?    | Hierop moet men vooral alert zijn als de richtlijn aanbevelingen bevat die een beroep doen op het zelfmanagement van de patient. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?  | 7  |  |  |  |
|                           | II |  | Bevat de richtlijn aanbevelingen die in strijd kunnen zijn met de <i>normen en waarden</i> van de patient, en valt te verwachten dat sommige patienten hier moeite mee hebben?  | Hierop moet men vooral alert zijn als de richtlijn aanbevelingen bevat die raken aan gevoeligheden op cultureel, religieus of etnisch gebied. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra voorzorgen?  | 7  |  |  |  |
|                           | II |  | Bevat de richtlijn aanbevelingen die in een beroep doen op de <i>financiële draagkracht</i> van de patient, en valt te verwachten dat sommige patienten hier moeite mee hebben? | Hierop moet men vooral alert zijn als de richtlijn aanbevelingen bevat die (nog) niet worden vergoed in het basispakket. Ook een beroep op het eigen risico van de patient kan een barriere zijn. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?   | 7  |  |  |  |
|                           |    |  | <u>Medische factoren</u>  |  |    |  |  |  |
|                           | II |  | Bevat de richtlijn aanbevelingen die voor problemen kunnen zorgen bij eventuele <i>multi-morbiditeit</i> van patienten?   | Hierbij valt te denken aan medische contra-indicaties, polyfarmacie, behandellast, complexe afstemming van zorg. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?  |    |  |  |  |
|                           |    |  | <u>Professional-patientrelatie</u>  |  |    |  |  |  |
|                           | I  |  | Bevat de richtlijn aanbevelingen die bij de patient <i>ongemak of ongerustheid</i> kunnen oproepen?   | Hierbij valt te denken aan niet te voorkomen bijwerkingen (pijn, misselijkheid), mobiliteitsproblemen en gevoelens van schaamte en onzekerheid. Allemaal zaken die bij de patient weerstand kunnen oproepen tegen de behandeling. <i>Is de literatuur over voorkeuren, overwegingen, en non-compliance bij relevante patientgroepen gezocht en geanalyseerd? Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra voorzorgen?</i> | 14 |  |  |  |
|                           | II |  | Bevat de richtlijn preferentiegevoelige beslissingen die geschikt zijn voor <i>shared decision making</i> , en zijn er extra maatregelen nodig om dit te faciliteren?           | Van preferentiegevoelige beslissingen is sprake bij alternatieven met vergelijkbare uitkomsten, bij afwegingen tussen risico en profijt, bij onzekerheid over de inzet van de patient (bij gedragsverandering), etc. Veel zorgverleners en patienten moeten nog wennen aan het idee van shared decision making. Is dit een risico voor de uitvoering? Vraagt dit om extra maatregelen?   | 8  |  |  |  |
| <b>Landelijke setting</b> |    |  |   |  |    |  |  |  |
|                           |    |  | <u>Politiek draagvlak</u>   |  |    |  |  |  |
|                           | I  |  | Bestaan er bij de <i>overheid</i> politieke gevoeligheden t.o.v. (onderdelen van) de richtlijn?   | Zijn sommige aanbevelingen strijdig met (de geest van) het overheidsbeleid? Denk daarbij aan kernpunten zoals substitutie van zorg, eigen verantwoordelijkheid van patienten, etc.   |    |  |  |  |
|                           | I  |  | Bestaan er bij de relevante <i>beroepsverenigingen en brancheverenigingen</i> politieke gevoeligheden t.o.v. de richtlijn?  | Hiervan kan sprake zijn als niet alle relevante verenigingen in voldoende mate zijn betrokken. Men kan zich gepasseerd voelen.   |    |  |  |  |
|                           | I  |  | Bestaan er bij de relevante <i>patientenverenigingen</i> politieke gevoeligheden t.o.v. de richtlijn?   | Hiervan kan sprake zijn als niet alle relevante verenigingen in voldoende mate zijn betrokken. Men kan zich gepasseerd voelen.   | 14 |  |  |  |

|                       |    |    |   |  |   |  |  |  |
|-----------------------|----|----|---|--|---|--|--|--|
| I                     |    |    | Valt te verwachten dat <i>zorgverzekeraars</i> bezwaar zullen hebben tegen (onderdelen van) de richtlijn?   | Dit zal met name afhangen van de financiële consequenties die de richtlijn heeft voor de zorgverzekeraars. Zijn deze substantieel? Moet hierover nog onderhandeld worden?  |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Juridische en ethische implicaties</u>   |  |   |  |  |  |
|                       | II |    | Bevat de richtlijn aanbevelingen die (mogelijk) in strijd zijn met de huidige <i>wet- en regelgeving</i> , of met de heersende <i>normen en waarden</i> ? | Hierbij valt te denken aan geneesmiddelen die (nog) niet zijn toegelaten op de Nederlandse markt, aan vraagstukken rondom wilsbekwaamheid.   |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Economische implicaties</u>  |  |   |  |  |  |
|                       | II |    | Bestaat er nog geen duidelijkheid over de <i>kosten en baten</i> van de richtlijn voor de samenleving?  | Moet eerst nog een kosten-batenanalyse worden gemaakt? Of een budget-impactanalyse? Ook van baten die niet in geld uit te drukken zijn!  | 2 |  |  |  |
|                       | II |    | Bevat de richtlijn aanbevelingen die (nog) niet worden vergoed door de <i>zorgverzekering</i> ?   | Moet hier eerst nog over onderhandeld worden?  |   |  |  |  |
| <b>Professional</b>   |    |    |   |  |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Cognities en attitude</u>  |  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Zijn er extra maatregelen nodig om zorgverleners op de werkvloer <i>bekend te maken</i> met (de inhoud van) de richtlijn?                                 | Spreekt voor zich.   |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Zijn er extra maatregelen nodig om zorgverleners op de werkvloer <i>kennis en vaardigheden bij te brengen</i> om te kunnen werken volgens de richtlijn?   | Spreekt voor zich.   |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Zijn er extra maatregelen nodig om weerstand bij lokale of regionale <i>opinieleiders</i> weg te nemen?   | Opinieleiders hebben grote invloed op de adoptie van nieuwe dingen onder hun collega's. Hiervoor is het nodig dat implementators weten wie de opinieleiders zijn.  |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Intentie en vertrouwen</u>   |  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Ontbreekt het de zorgverleners op de werkvloer nog aan <i>concrete plannen</i> om volgens de richtlijn te gaan werken?                                    | Hebben de beoogde zorgverleners binnen uw instelling het concrete voornemen om met de richtlijn te gaan werken?  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Ontbreekt het de zorgverleners op de werkvloer nog aan vertrouwen dat ze de richtlijn kunnen <i>toepassen</i> ?   | En als ze dat van plan zijn, hebben ze er vertrouwen in dat dit ook gaat lukken?   |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Ontbreekt het de zorgverleners op de werkvloer nog aan vertrouwen dat werken volgens de richtlijn leidt tot de <i>gewenste effecten</i> ?                 | En als dit gaat lukken, hebben ze er vertrouwen in dat dit tot de beoogde verbetering van zorg zal leiden?   |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Gedrag</u>   |  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Is er sprake van <i>tunnelvisie of gebrek aan zelfregulering</i> onder de betrokken zorgverleners op de werkvloer?  | Zorgverleners moeten altijd kritisch blijven kijken naar de kwaliteit van hun eigen handelen. Ze moeten open staan voor kritiek van anderen en voor nieuwe ideeën. Als dergelijk gedrag ontbreekt, zal de invoering van een landelijke richtlijn problematisch zijn. |   |  |  |  |
| <b>Lokale setting</b> |    |    |   |  |   |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Kenmerken organisatie</u>  |  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Heerst binnen de instelling of praktijk een <i>klimaat</i> waarin men onvoldoende openstaat voor vernieuwing?   | Het gaat hier om de cultuur binnen de organisatie en op de werkvloer. Als deze conservatief is, zal men weerstand hebben tegen elke vorm van vernieuwing.  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Vraagt invoering van de richtlijn om aanpassingen aan de <i>infrastructuur</i> van de instelling of praktijk?   | Hierbij valt te denken aan de aanschaf van apparatuur, het veranderen van logistieke processen, het ontwikkelen van monitoring en feedback-routines, etc.  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Zijn extra maatregelen nodig om de betrokken zorgteams/afdelingen beter te laten <i>samenwerken</i> ?   | Zijn de bestaande samenwerkingsroutines binnen teams of afdelingen geschikt te maken voor het werken volgens de richtlijn?   | 3 |  |  |  |
|                       |    |    | <u>Ontvankelijkheid (voor deze specifieke richtlijn)</u>  |  |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Is men binnen de instelling of praktijk (nog) niet overtuigd van de <i>behoefte</i> aan deze richtlijn?   | Als dit niet het geval is, beschouwt men de richtlijn al snel als een dictaat van buitenaf. Als dit wel het geval is, krijgt men vanzelf een 'sense of ownership'.   |   |  |  |  |
|                       |    | IV | Krijgt binnen de instelling of praktijk de implementatie van deze richtlijn (nog) geen hoge <i>prioriteit</i> ?   | Binnen een instelling of praktijk strijden vaak verschillende vernieuwingen om voorrang. Pas als de invoering van de richtlijn hoge prioriteit heeft, zal het er echt van komen.   |   |  |  |  |

| Veranderingsmanagement |  |    |   |
|------------------------|--|----|---|
|                        |  | IV | <p>Heeft de instelling of praktijk een <i>change agent</i> nodig om de invoering van de richtlijn in goede banen te leiden?</p> <p>Hierbij gaat het om een persoon met leiderschapskwaliteiten die voeling heeft met de werkvloer (zelf zorgverlener is), verstand heeft van richtlijnen en bekwaam is in dit soort projecten.</p>  |
|                        |  | IV | <p>Heeft de instelling of praktijk extra <i>personeel, geld en hulpmiddelen</i> nodig om de invoering van de richtlijn mogelijk te maken?</p> <p>De invoering van een nieuwe richtlijn brengt een periode van aanpassing en gewenning met zich mee. Gedurende deze tijd zijn extra voorzieningen nodig (bijv. opleiding, instructiemateriaal, beloningen). Bovendien moet gecompenseerd worden voor een tijdelijke productiedaling.</p> |

# Toelichting bij de Implementatiechecklist voor Richtlijnen

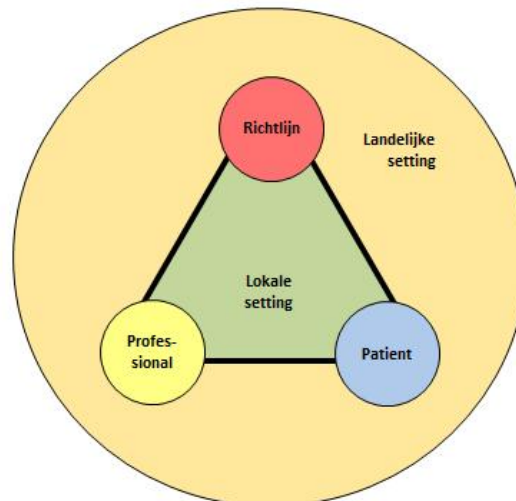
---

## Doel

De Implementatiechecklist voor Richtlijnen is bedoeld als hulpmiddel voor richtlijnwerkgroepen en andere bij de ontwikkeling betrokken commissies om een inschatting te maken van mogelijke barrières bij het verspreiden en implementeren van de richtlijn. De checklist is ontwikkeld middels analyse van bestaande richtlijnen, consultatie van richtlijnontwikkelaars en literatuurstudie in opdracht van het Kwaliteitsinstituut en het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg. De checklist wordt onderdeel van de HARING-tools, die in de loop van 2014 beschikbaar komen via een speciale website. De checklist is aanvullend op het AGREE-instrument. Overlap met AGREE is te verklaren doordat bepaalde kenmerken van een goede richtlijn ook bijdragen aan de implementatie ervan.

## Opbouw en inhoud

De checklist is opgebouwd uit vijf domeinen. Elk domein vertegenwoordigt een bron van mogelijke implementatieproblemen. De kleuren in de checklist komen overeen met die de onderstaande figuur. Elk domein is verdeeld in een aantal subdomeinen, waaronder een of meer vragen staan die verwijzen naar mogelijke barrières. In totaal bevat de checklist 52 vragen. Elke vraag is van een toelichting voorzien. Uit de formulering van de vraag kan men opmaken, of die betrekking heeft op de richtlijn als geheel of op afzonderlijke aanbevelingen.



## Gebruiksaanwijzing

Afhankelijk van de fase van richtlijnontwikkeling en de rol die de gebruiker van de checklist hierin heeft is een deel van de vragen van belang. Dit is aangegeven in kolom 1 t/m 4. Wij stellen voor dat het dagelijks bestuur van de commissie of werkgroep (i.e. de voorzitter, de secretaris en eventueel anderen) uit de vragen een selectie maakt van relevante aandachtspunten die aan de orde moeten worden gesteld, omdat er op dat gebied nog problemen moeten worden opgelost. Het is raadzaam om het aantal punten per vergadering beperkt te houden. In de vergadering worden deze aandachtspunten besproken, van een toelichting voorzien en wordt een persoon of instantie benoemd die het probleem kan oplossen. Indien aanwezig, staat per vraag een referentie naar mogelijke oplossingsrichtingen, zoals die staan beschreven in de HARING-tools.