

## Bijlage Communicatie- en implementatieplan

Het communicatie- en implementatieplan bij deze richtlijn is een belangrijk hulpmiddel om effectief de aanbevelingen uit deze richtlijn te implementeren voor de verschillende disciplines. Bevorderen van het toepassen van de richtlijn in de praktijk begint met communicatie: een brede bekendmaking en verspreiding van de richtlijn. Bij verdere implementatie gaat het om gerichte interventies per beroepsgroep. Dit om te bevorderen dat zorgverleners de nieuwe kennis en kunde opnemen in hun routines van de palliatieve zorgpraktijk, inclusief borging daarvan. Als onderdeel van elke richtlijn stelt IKNL samen met de richtlijnwerkgroep een implementatieplan op. Activiteiten en interventies voor verspreiding en implementatie vinden zowel op landelijk als regionaal niveau plaats. Deze kunnen eventueel ook op maat gemaakt worden per instelling of specialisme. Informatie hierover is te vinden op [www.palliaweb.nl/onderwijs-en-opleiden-palliatieve-zorg](http://www.palliaweb.nl/onderwijs-en-opleiden-palliatieve-zorg). IKNL werkt als lidorganisatie van PZNL (de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland) samen met andere partijen om opleidingen en trainingmaterialen te ontwikkelen die aansluiten bij en toepasbaar zijn in de praktijk.

### Doelgroepen

De belangrijkste communicatiedoelgroepen zijn:

1. medisch specialisten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, huisartsen, geestelijk verzorgers, psychologen, physician assistants, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, vaktherapeuten en andere paramedici;
2. in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, zoals: consulenten palliatieve zorg, kaderopgeleide specialisten;
3. apothekers;
4. patiënten en naasten.

### Doel en communicatiedoelen

#### *Hoofddoel*

Het toegankelijk maken van actuele en betrouwbare kennis en informatie over de richtlijn Angst in de palliatieve fase voor patiënten, naasten en zorgverleners.

#### *Communicatiedoelen*

##### Kennis

De doelgroepen weten:

- dat er een herziene richtlijn is en waar ze die kunnen vinden
- dat de belangrijkste wijziging (zie hieronder)
- wanneer en hoe de richtlijn wordt toegepast
- wat de richtlijn inhoudt

##### Houding

De doelgroepen 1 t/m 3 ervaren

- dat de herziene richtlijn aansluit op de in de praktijk ervaren knelpunten en is gebaseerd op de laatste evidence;
- dat het volgen van de richtlijn de zorgverlener ondersteunt bij de voorlichting, besluitvorming en toepassing van palliatieve zorg bij patiënten met angst.

De doelgroep patiënten en naasten

- staat positief tegenover het bespreken van wensen en behoeften met hun zorgverlener(s)

##### Gedrag

De doelgroepen 1 t/m 3

- raadplegen de richtlijn wanneer zij vragen hebben rondom palliatieve zorg bij angst.
- bespreken tijdig wensen, behoeften en behandelmogelijkheden met patiënt en diens naasten.

De doelgroep patiënten en naasten

- gaat tijdig in gesprek met de zorgverlener(s) over de wensen en behoeften rondom kwaliteit van leven en sterven

## Strategie

Zoals zichtbaar wordt in de communicatiedoelen zijn er twee sporen in de communicatie: richting zorgprofessionals en richting patiënten en naasten. Deze twee sporen trekken we door in de communicatiestrategie:

We gaan **zorgprofessionals faciliteren**. We geven ze de tools om de zorg voor hun patiënt conform de geldende inzichten uit te voeren. We bieden praktische voorbeelden hoe de richtlijn bijdraagt aan betere palliatieve zorg en op welke wijze je palliatieve zorg onderdeel maakt van het tijdige gesprek met patiënten en naasten.

We gaan **patiënten en naasten informeren** om tijdig na te denken over hun wensen en behoeften en deze te bespreken met hun zorgverlener(s).

## Gehanteerde definitie van angst

In deze richtlijn wordt de volgende definitie gehanteerd:

Angst is een beklemmende, onaangename emotionele toestand die wordt opgeroepen als zich een verandering voordoet in het leven die als ontregelend, onbekend of bedreigend voor het eigen welbevinden of het leven wordt ervaren. Wanneer duidelijk is geworden dat genezing niet meer mogelijk is en de dood in zicht komt, gaan de ingrijpende veranderingen, onzekerheden en existentiële vragen vaak gepaard met zorgen en gevoelens van spanning, die zich zowel fysiek als emotioneel kunnen uiten.

Zie verder Inleiding, onderdeel Begripsbepaling.

## Knelpunten

De belangrijkste knelpunten van zorgverleners die uit de knelpuntenanalyse naar voren zijn gekomen, waren:

1. Uitingen van angst in verschillende culturen (76%);
2. Overlap van angst met symptomen gerelateerd aan somatisch of cognitief lijden (76%);
3. Organisatie van zorg (66%);
4. Herkennen van risicofactoren en oorzakelijke factoren (64%)
5. Preventie (62%);
6. Differentiaal diagnostiek (58%).

Vanuit de interviews met patiënten en naasten kwamen de volgende aandachtspunten naar voren:

- Tijd en ruimte bieden om stil te staan bij gevoelens van angst en depressie door zorgprofessional
- Actief erop bevragen
- Bij signalen van angst en depressie doorverwijzen naar geschikte hulp
- Doorverwijzen naar lotgenotengroepen, bijvoorbeeld van patiëntenorganisaties
- Informeren over de mogelijkheid van medisch psychologen en indien van toepassing doorverwijzen naar psychiaters en psychosociale hulpverlening
- Aanbieden van (rustgevendende) medicatie

## Belangrijkste wijzigingen

De richtlijn is op een aantal punten vernieuwd ten opzichte van de oude richtlijn:

- Deze richtlijn is evidence-based. De vorige richtlijn consensus-based.
- Procedure: mandatering werkgroepleden door relevante beroeps- en wetenschappelijke verenigingen.
- Deze richtlijn gaat over angst als symptoom, niet over angststoornissen.
- Multidisciplinaire richtlijn waarbij er aandacht is voor een rol voor een groot scala aan zorgprofessionals.
- De (differentiaal) diagnostiek, behandeling van oorzakelijke factoren, psychosociale interventies en medicamenteuze behandeling zijn grondiger uitgewerkt waardoor aanbevelingen concreter zijn geformuleerd.
- Meer aandacht voor inzet van specifieke vormen van psychotherapie, speciaal voor mensen in de palliatieve fase.

- Deze richtlijn heeft een aparte module over preventie. Die was er in de eerdere versie van de richtlijn niet. De belangrijkste boodschap is dat zo vroeg mogelijk oorzakelijke en beïnvloedende factoren behandeld worden en er zorg gedragen wordt voor goede communicatie.
- Specifiek hoofdstuk over communicatie is toegevoegd. Daarbij expliciet aandacht voor de verschillende culturele aspecten. De hoofdbodschap is dat gepersonaliseerde aanpak nodig is.
- Bij organisatie van zorg is het belang van het matched care en collaborative care principe beschreven. Daarbij is het leidend wat de patiënt wil.

## **Kernboodschappen**

### Kernboodschap zorgverleners

De richtlijn Angst in de palliatieve fase is herzien. Deze is tot stand gekomen op basis van input van zorgprofessionals (knelpuntenenquête) en patiënten en naasten, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten uit onderzoek en ontwikkeld conform de wetenschappelijk methodologie. Hierdoor sluit de richtlijn aan op en biedt het een antwoord op knelpunten in de praktijk. Zo lever je de best mogelijke zorg.

De kernboodschappen van deze richtlijn zijn:

- Angst in de palliatieve fase is meestal geen angststoornis, maar een symptoom, dat uiteenlopende uitingsvormen en dimensies kan hebben en veelal verweven en overlappend is met andere symptomen die het gevolg zijn van de somatische aandoening, zoals kortademigheid, slaapstoornissen, depressieve klachten, agitatie, pijn en lichamelijke equivalenten zoals trillen, zweten, hartkloppingen.
- Alle zorgverleners, juist ook de huisarts, medisch specialist en verpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij vaststellen en het aanbieden van interventies om angst te verminderen
- Richt de zorg in conform de principes van modellen zoals matched care of collaborative care.
- Gespecialiseerde psychologische interventies en/of medicamenteuze behandeling zijn aangewezen bij ernstige klachten, zeker als er sprake is van een aanpassingsstoornis met angst of als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.

### Kernboodschap patiënten en naasten

#### *Algemene kernboodschap voor alle richtlijnen*

Het is belangrijk om tijdig na te denken over wat voor jou als patiënt belangrijk is en wat kwaliteit van leven maakt. Praat hierover met je zorgverlener. Deze kan je voorzien van goede informatie over de verschillende keuzemogelijkheden, consequenties, onzekerheden en verantwoordelijkheden. Je zorgverlener werkt volgens bepaalde richtlijnen om de best mogelijke zorg te leveren. De richtlijn Angst in de palliatieve fase is daar één van.

- Angst in de palliatieve fase is meestal geen angststoornis, maar een symptoom, dat uiteenlopende uitingsvormen en dimensies kan hebben en veelal verweven en overlappend is met andere symptomen die het gevolg zijn van de somatische aandoening, zoals kortademigheid, slaapstoornissen, depressieve klachten, agitatie, pijn en lichamelijke equivalenten zoals trillen, zweten, hartkloppingen
- Alle zorgverleners, juist ook de huisarts, medisch specialist en verpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij vaststellen en het aanbieden van interventies om angst te verminderen
- Mocht er behoefte zijn aan lotgenotencontact, bespreek dit dan met je zorgverlener.

## **Vernieuwingen**

De richtlijn is op een aantal punten vernieuwd ten opzichte van de oude richtlijn. Onderstaande tabel (tabel 1) bevat de drie belangrijkste aanbevelingen die geïmplementeerd en dus ook onder de aandacht gebracht moeten worden.

Deze zijn geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Aanbeveling is genoemd als belangrijk knelpunten bij de knelpunteninventarisatie.
- Aanbeveling wijkt af van de huidige werkwijze.
- Aanbeveling wordt nu niet of slecht opgevolgd.
- Er is sprake van kwaliteitswinst en/of doelmatigheidswinst.

Tabel 1. Belangrijkste aanbevelingen

	Aanbeveling (+ context, waarom die aanbeveling gekozen)	Doelgroep	Wijkt aan- beveling af, slecht opgevolgd of kwaliteitswinst?	Bevorderende factor	Belemmerende factoren	Strate- gie
1	Alle betrokken zorgverleners zijn alert op verbale en non-verbale uitingen van angst bij patiënten in de palliatieve fase.	Zorgverleners	Nieuw is dat we nu nadrukkelijker zeggen dat dit een taak is van alle zorgverleners.	Alle betrokken zorgverleners, dus ook generalisten, en niet (alleen) specialisten schenken hier aandacht aan. Geen vergoedingsprobleem.	Zorgverleners moeten hier tijd aan (willen) besteden en kunnen (on)bewust onbekwaam zijn.	In communicatie-uitingen.
2	Begin bij angstklachten met ondersteunende gesprekken door arts en/of verpleegkundige of eventueel een POH-GGZ.	Arts en/of verpleegkundige of eventueel een POH-GGZ.	Nieuwe aanbeveling	Dit zijn disciplines die de patiënt al kennen wegens de ziekte.	Zorgverleners moeten hier tijd aan (willen) besteden en kunnen (on)bewust onbekwaam zijn.	In communicatie-uitingen.
3	Wees er alert op dat angst in de palliatieve fase een breed begrip is met uiteenlopende uitingsvormen en dimensies, verweven en overlappend met andere symptomen die het gevolg zijn van de somatische aandoening. Verricht, als er aanwijzingen zijn voor angst, lichamenlijk en psychiatrisch onderzoek en zo nodig aanvullend onderzoek.	Zorgverleners	Nieuwe aanbeveling	Interdisciplinair werken in de palliatieve zorg	Opvatting dat angst normaal is gezien de ziekte/palliatieve fase. Somatische uitingsvormen niet onderkennen als angst.	In communicatie-uitingen.
4	Richt de zorg in conform de principes van modellen, zoals matched care of collaborative care.	Zorgverleners/organisatie.	Nieuwe aanbeveling.	Er zijn veel therapieën waar je uit kunt kiezen, dus de context / voorkeur patiënt is leidend.	De zorg is nog niet overal zo georganiseerd. Nog niet wijdverbreid bekend.	In communicatie-uitingen.
5	Gespecialiseerde psychologische interventies en/of	Psychologen, psychiaters en	Nieuwe aanbeveling.	Ruim aanbod van therapievormen.	Financiering van behandeling door psycholoog	

medicamenteuze behandeling zijn aangewezen bij ernstige klachten, zeker als er sprake is van een aanpassingsstoornis met angst of als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben.	vaktherapeuten.			(en psychiater) DSM diagnose nodig.	
--	-----------------	--	--	-------------------------------------	--

### Middelen

Onderstaand schema kan uiteraard door voortschrijdend inzicht aangevuld of aangepast worden. De volgende middelen worden bij publicatie opgeleverd.

Tabel 2. Middelen

Wat	Medium	Doelgroep	Doel	Wie
Publicatie van richtlijn	Pallialine en Richtlijnen-database	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL
Samenvattingskaartje	Webshop IKNL	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL
PalliArts (Samenvatting)		Artsen	Faciliteren	IKNL
PalliArts (Formularium)		Artsen en apothekers	Faciliteren	IKNL
Set besluitvorming	Palliaweb	Artsen en verpleegkundigen	Faciliteren	IKNL
Mailing	Mail	Stakeholders en organisaties die met richtlijn te maken hebben	Informeren	IKNL
Nieuwsbericht met kernboodschap	IKNL.nl, Palliaweb, social media, nieuwsbrieven	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Informeren	IKNL / PZNL
Themapagina met tools, handvaten en info	Palliaweb	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Gidsen en faciliteren	IKNL / PZNL
Quote van arts/ verpleegkundige/ werkgroep lid/ nabestaande?	In nieuwsbericht	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg, kaderopgeleide huisartsen	Informeren, Gidsen	IKNL
Patiëntinformatie	Themapagina patiëntenplatform PZNL	Patiënten en naasten	Informeren	IKNL / PZNL
Casus met leerdoelen	Palliaweb	Te bepalen doelgroep zorgverleners	Onderwijzen	IKNL / PZNL
Beslisboom	Palliaguide	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL

### Knelpunten, risico's en kansen

Antwoord op knelpunten in de praktijk. De herziene richtlijn is een antwoord op de knelpunten die zorgverleners ervaren in de praktijk en hebben aangegeven in de knelpuntenenquête.

**Status**

Dit communicatie- en implementatieplan is bijgewerkt tot 1-9-2022. Dit communicatie- en implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.