

## 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 trainingsmaterialen 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 Depressie 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 wijzigingen (zie hieronder)
- wanneer en hoe de richtlijn wordt toegepast
- wat de richtlijn inhoudt

##### **Houding:**

De zorgverleners (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 mensen met depressie in de palliatieve fase.

De doelgroep Patiënten en naasten

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

##### **Gedrag:**

De zorgverleners (doelgroepen 1 t/m 3)

- raadplegen de richtlijn wanneer zij vragen hebben rondom depressie bij mensen in de palliatieve fase.
- 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 definities van depressie

In deze richtlijn worden de volgende definities gehanteerd:

De werkgroep van deze richtlijn hanteert voor **depressie** in de palliatieve fase de volgende definitie: "Depressie omvat het spectrum van emotionele ontregeling, waarbij gevoelens van somberheid, neerslachtigheid, verlies van interesse of plezier (anhedonie) en verdriet op de voorgrond staan".

**Aanpassingsstoornis met depressieve stemming:** indien het na enige tijd niet lukt om te komen tot een nieuw evenwicht, kan een aanpassingsstoornis met depressieve stemming ontstaan. De DSM-5 hanteert de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis [APA 2014]:

- Het betreft emotionele en gedragssymptomen als reactie op (een) herkenbare stress veroorzakende factor(en), die zich binnen drie maanden na het begin daarvan voordoen.
- Deze symptomen of gedragingen zijn erger dan normaal, zoals blijkt uit een duidelijk lijden dat ernstiger is dan wat verwacht mag worden en/of significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren.
- De stressgebonden stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere klinische stoornis (waaronder depressieve stoornis) en is geen verergering van een bestaande klinische of persoonlijkheidsstoornis.
- De symptomen zijn geen uiting van een rouwreactie.
- Zodra de stress veroorzakende factor (of de gevolgen ervan) is weggefallen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

Aanpassingsstoornissen worden daarna naar hun emotionele en gedragssymptomen verder ingedeeld, met voor de palliatieve zorg als belangrijkste:

- een aanpassingsstoornis met depressieve stemming (indien depressieve stemming, huilerigheid of gevoelens van hopeloosheid de belangrijkste uitingen zijn);
- een aanpassingsstoornis met gemengd angstige en depressieve stemming.

## Depressieve stoornis

Een syndroom dat emotionele, cognitieve, gedragsmatige en somatische aspecten omvat, dat varieert in intensiteit van mild tot matig en ernstig en gepaard gaat met significante beperkingen in psychosociaal functioneren.

Een depressie in engere zin, een depressieve episode of stoornis en 'major depressive disorder' (MDD) kunnen als synoniemen worden beschouwd.

De DSM-5 geeft de volgende negen criteria voor een depressieve stoornis, waarvan ten minste vijf aanwezig zijn en tenminste één van de twee kernsymptomen: (1) depressieve stemming, of (2) verlies van interesse of plezier. Alle symptomen dienen gedurende dezelfde periode van minstens twee aaneengesloten weken aanwezig zijn en er dient sprake te zijn van een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren [APA 2022].

## Kernsymptomen

1. Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen van de patiënt zelf ofwel observatie door anderen.

2. Duidelijke vermindering van interesse of plezier (anhedonie) in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen van de patiënt of uit observatie door anderen.

### **Overige symptomen**

3. Duidelijke gewichtsvermindering zonder vasten/dieet of gewichtstoename (bijv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht in 1 maand), dan wel bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
4. Slapeloosheid of overmatige slaperigheid, bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
6. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die waanachtig kunnen zijn), bijna elke dag, en niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn.
8. Verminderd vermogen tot nadenken, concentratie of besluiteloosheid (subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
9. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), terugkerende suïcidedgedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

### **Knelpunten**

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

- Uitingen van depressie in verschillende culturen (76%).
- Overlap van depressie met symptomen gerelateerd aan somatisch of cognitief lijden (76%).
- Organisatie van zorg (66%).
- Herkennen van risicofactoren en oorzakelijke factoren (64%).
- Preventie (62%).
- 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 (rustgevende) 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.
- Multidisciplinaire richtlijn waarbij er aandacht is voor een rol voor een groot scala aan zorgprofessionals.
- Vooral (differentiaal) diagnostiek, uitbreiding van module behandeling van oorzakelijke factoren, psychosociale interventies en medicamenteuze behandeling worden veel meer en beter uitgewerkt met concrete aanbevelingen.
- Meer aandacht voor inzet van specifieke vormen van psychotherapie, speciaal voor mensen in de palliatieve fase.
- Bij medicamenteus: duidelijker wanneer je welke medicatie geeft. Daarbij is ook onderscheid gemaakt in leeftijd en levensverwachting van de patiënt.
- Deze richtlijn heeft een aparte module over preventie. Die was er in de eerdere versie van de richtlijn niet. Belangrijkste boodschap zet vroegtijdige palliatieve zorg in, behandel oorzakelijke en beïnvloedende factoren en zorg voor goede communicatie.
- Specifiek hoofdstuk over communicatie is toegevoegd. Daarbij expliciet aandacht voor de verschillende culturele aspecten. Daarbij is de hoofdboodschap 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 Depressie 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:

- Depressie in de palliatieve fase moet tijdig onderkend worden
- Ondersteunende gesprekken door een arts en/of verpleegkundige zijn de basis van de behandeling.
- 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 depressieve kenmerken of een depressieve stoornis en/of als ondersteunende gesprekken onvoldoende effect hebben

### *Definities*

**Matched care** is het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de aard en ernst van de problematiek, cognitieve en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.

**Collaborative care** is een behandelmodel waarin hulpverleners uit verschillende disciplines (lijnloos) samenwerken om tijdige en passende zorg aan de patiënt te bieden en daarmee de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. Dit model is effectiever dan reguliere zorg bij mensen met depressie en kanker [Li 2017]. De casemanager coördineert de behandeling in samenwerking en afstemming met andere betrokken disciplines, zoals bijvoorbeeld de medisch specialist, huisarts en psycholoog [Muntingh 2016].

Zie module Organisatie van zorg.

### 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. Depressie in de palliatieve fase is daar één van.

- Ben je somber gedurende het grootste deel van de dag of is er sprake van verlies van interesse en plezier in (vrijwel) alle activiteiten? Bespreek het met je zorgverlener.
- Ondersteunende gesprekken door een arts en/of verpleegkundige zijn de basis van de behandeling.
- Zorgverleners uit verschillende disciplines zullen zo goed mogelijk samenwerken om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren en dat met oog voor de individuele patiënt.

## **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 aanbeveling af, slecht opgevolgd of kwaliteitswinst?	Bevorderende factor	Belemmerende factoren	Strategie
1	<p>Altijd depressie signaleren (kan met 2 kernvragen:.. -&gt; aanbeveling: Overweeg om standaard te screenen op depressieve symptomen bij het starten van een palliatief traject, een significante verandering van de situatie van de patiënt of bij een palliatief consult.</p> <p>Vraag hierbij naar de twee kernsymptomen van depressie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Bent u somber gedurende het grootste deel van de dag?" en</li> <li>2. "Is er sprake van verlies van interesse en plezier in (vrijwel) alle activiteiten?"</li> </ol> <p>Indien het antwoord op één of beide vragen 'ja' is, exploreer dan de klachten verder door middel van een anamnese.</p> <p>Bij onvoldoende bekwaamheid in de diagnostiek van depressie, verwijs dan door.</p>	Zorgverleners	Deze aanbeveling wordt nog niet altijd opgevolgd en zorgt voor kwaliteitswinst	Simpele vragen	Valkuil dat mensen in ziekenhuis denken, logisch dat iemand somber is, omdat die zo ziek is.	Benoemen in communicaties
2	Ondersteunende gesprekken door een arts en/of verpleegkundige zijn de basis van de behandeling.					
3	Matched care programma/shared	Zorgverleners/organisatie	Nieuwe aanbeveling	Er zijn veel therapieën waar	De zorg is nog niet overal zo	Benoemen in com-

<p>decision making (aanbeveling 1). Gebruik het matched-care-principe, waarbij de behoefte van de patiënt leidend is voor de keuze van de psychosociale interventie. Aanbeveling 2. Richt de zorg in conform de principes van modellen, zoals matched care of collaborative care.</p>			<p>je uit kunt kiezen, dus de context/ voorkeur patiënt is leidend.</p>	<p>georganiseerd. Nog niet wijdverbreid bekend.</p>	<p>municatie- uitingen</p>
---	--	--	---	---	--------------------------------

### Middelen

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

Tabel 2 Communicatie- en implementatiemiddelen

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	Informereren	IKNL
Nieuwsbericht met kernboodschap	IKNL.nl, Palliaweb, social media, nieuwsbrieven	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Informereren	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	Informereren, Gidsen	IKNL
Patiëntinformatie	Themapagina patiëntenplatform PZNL	Patiënten en naasten	Infomereren	IKNL / PZNL
Casus met leerdoelen	Palliaweb	Te bepalen doelgroep zorgverleners	Onderwijzen	IKNL / PZNL

**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 14 september 2022. Dit communicatie- en implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.