

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. 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 Slaapproblemen 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;
- de belangrijkste wijzigingen (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 slaapproblemen in de palliatieve fase.

De doelgroep Patiënten en naasten:

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

Gedrag:

Wat moet wie (anders) gaan doen nu de richtlijn uit is?

De doelgroepen 1 t/m 3:

- raadplegen de richtlijn wanneer zij vragen hebben rondom palliatieve zorg bij slaapproblemen;
- 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 slaapproblemen

De werkgroep heeft 'slaapprobleem' gedefinieerd als dat wat de patiënt aangeeft als slaapprobleem.

Knelpunten

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

- het evalueren van het effect van de begeleiding/behandeling
- het achterhalen van (behandelbare) oorzaken
- het signaleren van slaapproblemen.

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

- Bij ouderdom/dementie lijkt onrust een belangrijke oorzaak voor slaapproblemen te zijn
- Bij kanker is dit pijn en bij sommige mensen ook angst
- Naasten gaven aan dat mensen bij willen blijven en daarom niet te veel medicatie willen gebruiken die ze suf maakt
- Een vast aanspreekpunt is belangrijk
- Vermoeidheid zorgt er niet voor dat mensen in slaap vallen
- Er wordt weinig informatie gegeven aan naasten

Belangrijkste wijzigingen

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

- Evidence-based richtlijn.
- Focust zich nu specifiek op de levensverwachting korter dan 3 maanden (i.p.v. de hele palliatieve fase) inclusief de stervensfase.
- Uitgebreide aanbevelingen bij behandeling van oorzaken van slaapproblemen, waarbij aandacht is voor somatische factoren inclusief middelen gebruik, psychische factoren, existentiële factoren en externe factoren.
- In de laatste drie levensmaanden is het advies om elementen uit de cognitieve gedragstherapie aan te bieden in plaats van de hele cognitieve gedragstherapie bij insomnia.
- Bij existentieel lijden wordt aanbevolen om te overwegen om geestelijke verzorging in te schakelen.
- Toegevoegd is een advies wanneer je de effectiviteit van de behandeling evalueert.
- Aanpassingen in medicatieadviezen en doseringen. De plaats van midazolam is bepaald. Ook een lage dosering in de pomp behoort tot de opties. Dit is een kortwerkende benzodiazepine dat als voordeel heeft dat iemand overdag wakker is.
- Uitgebreide aandacht voor zorg voor naasten.

Kernboodschappen

Kernboodschap zorgverleners

De richtlijn Slaapproblemen 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:

- Het is belangrijk om aandacht te hebben voor slaapproblemen in de palliatieve fase. Vraag hier actief naar.
- De elementen van cognitieve gedragstherapie voor insomnia (dus niet volledige CGT-I) is eerste keus
- Indien existentiële problemen de belangrijkste oorzaak zijn, dan kan geestelijke verzorging helpend zijn.
- Medicamenteuze behandeling is tweede keus. Hierin is expliciet aandacht voor de plek van midazolam en voor alternatieve toedieningsvormen als oraal niet mogelijk is.
- Besteed aandacht aan de naasten

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 Slaapproblemen in de palliatieve fase is daar één van.

De kernboodschappen van deze richtlijn voor patiënten en naasten zijn:

- Veel patiënten en ook de naasten ervaren slaapproblemen in de palliatieve fase. Bespreek dit met je zorgverlener.
- Als dit zich voordoet wordt eerst geprobeerd dit psychosociaal te behandelen en de oorzaak te behandelen.
- Indien existentiële problemen de belangrijkste oorzaak zijn, dan kan geestelijke verzorging helpend zijn.
- Indien dat niet of niet voldoende effectief is, dan is medicatie ook een mogelijkheid.
- Er is aandacht voor medicatie die geschikt is als een patiënt het belangrijk vindt om heldere momenten te hebben.
- In de richtlijn is het belang van aandacht voor de naasten benadrukt.

Belangrijkste aanbevelingen voor implementatie

De richtlijn is op een aantal punten vernieuwd ten opzichte van de oude richtlijn (zie belangrijkste wijzigingen). Onderstaande tabel 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*

	Aanbeveling (incl. context, waarom die aanbeveling is gekozen)	Doelgroep	Wijkt aanbeveling af, slecht opgevolgd of kwaliteitswinst?	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren	Strategie
1	Vraag de patiënt actief naar het bestaan van slaapkachten en vraag hierop door.	Alle zorgverleners.	Wordt nog niet altijd opgevolgd. Zorgt voor kwaliteitswinst.	Kost weinig tijd om te vragen. Eenvoudig om te doen. Er zijn hulpmiddelen beschikbaar.	Veel patiënten vertellen dit niet uit zichzelf.	
2	Bied de belangrijke elementen van CGT voor de behandeling van insomnia (CGT-I) aan, namelijk slaap-hygiëne, stimulus controle, ontspanningsoefeningen en slaaprestrictie.	Behandelend arts, verpleegkundige, verpleegkundig specialist, mogelijk ook POH, psycholoog.	Nieuwe aanbeveling.	De behandelaar dient makkelijk bereikbaar te zijn.	Niet bij elke zorgverlener is de deskundigheid aanwezig.	

3	Overweeg om de geestelijk verzorger/ begeleider in te zetten bij vermoeden van existentieel lijden.	Geestelijk verzorger/ begeleider.		Wordt vergoed, afhankelijk van setting.	Niet overal vergoed.	
4	Overweeg bij slaapproblemen bij patiënten in de palliatieve fase met levensverwachting korter dan drie maanden medicamenteuze behandeling, wanneer psychosociale behandelingen niet of niet voldoende effectief zijn.					
5	Vraag expliciet naar de kwaliteit van het slapen en eventuele slaapproblemen bij de naaste/mantelzorg, ook indien deze zelf niet spontaan begint over het slapen.					

Middelen

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

Wat	Medium	Doelgroep	Doel	Wie
Publicatie van richtlijn	Pallialine en Richtlijndatabase	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL
Samenvattingskaartje	Webshop IKNL	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL
PalliArts (Samenvatting)		Artsen	Faciliteren	
PalliArts (Formularium)		Artsen en apothekers	Faciliteren	
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, werkgroepid, nabestaande?*	In nieuwsbericht	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg, kaderopgeleide huisartsen	Informeren, Gidsen	IKNL
Patiëntinformatie	Themapagina patiëntenplatform PZNL	Patiënten en naasten	Informeren	PZNL/ IKNL
Casus met leerdoelen	Palliaweb	Te bepalen doelgroep zorgverleners	Onderwijzen	IKNL/ PZNL
Beslisboom	Palliaguide	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL

*Optioneel

Knelpunten, risico's en kansen

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 28-6-2023. Dit communicatie- en implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.