

Bijlage 8. 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. Zorgverleners die de richtlijn zullen gebruiken (vertegenwoordigd in werkgroep):
 - Primair: Geestelijk verzorgers, huisartsen, maatschappelijk werks, psychiaters, psychologen, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten, (ortho)pedagogen, gespecialiseerd verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten.
 - Secundair: POH-GGZ, geestelijken (predikanten, humanisten, imams, etc), uitvaartondernemers.
2. Generalisten zoals: verpleegkundigen, (huis)artsen.
3. In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, zoals: consulenten palliatieve zorg, kaderopgeleide specialisten.
4. Patiënten en naasten.
5. Beleidsmakers, zoals VWS / Zorginstituut Nederland

Doel en communicatiedoelen

Hoofddoel

Het toegankelijk maken van actuele en betrouwbare kennis en informatie over de richtlijn Rouw 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 (zie hieronder) 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 mensen in rouw.

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 mensen in rouw.
- 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 rouw

In deze richtlijn worden de volgende definities gehanteerd:

Rouw is het geheel van fysieke, emotionele, cognitieve, sociale, gedragsmatige en spirituele reacties ten gevolge van het verlies van een betekenisvol iets of iemand. Mensen met een levensbedreigende aandoening kunnen bijvoorbeeld rouwen als reactie op het verlies van gezondheid, betekenisvolle rollen, zingeving, autonomie of de niet benutte kansen in het leven.

De werkgroep hanteert, naast het begrip 'rouw', in deze richtlijn de volgende termen:

- anticiperende rouw: rouw als reactie op een verlies dat nog gaat plaatsvinden;
- complexe rouw: een klinisch relevante conditie die a) afwijkt van normale rouw (volgens (culturele) normen) in het tijdsverloop en/of de intensiteit van rouwsymptomen (bijvoorbeeld moeite het verlies te accepteren, hevig verlangen naar de overledene) en b) samengaat met een beperking op het gebied van gezondheid, sociale interacties of werk [Stroebe 2013].

Knelpunten

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

- voorlichting aan patiënten en/of naasten;
- culturele aspecten van rouw;
- onderscheid tussen rouw en andere psychische klachten, zoals depressie en aanpassingsstoornis bij patiënten;
- herkennen van risicofactoren voor en de preventie van complexere verliesverwerking bij patiënten;
- fysieke en/of psychische problemen;
- zingevingsvragen en/of existentiële/spirituele problemen;
- aandacht voor zorgverleners die patiënten verliezen.

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.
- Sinds het verschijnen van de afgelopen richtlijn is complexe rouw (langdurige rouwstoornis) opgenomen in de DSM-5-TR.
 - De richtlijn gaat in op het onderscheid tussen 'normale' rouw en complexe rouw.
 - De richtlijn gaat in op preventie (voorkómen van ontwikkelen van complexe rouw)
- De richtlijn gaat uitgebreid in op voorlichting over rouw (deze module was er eerder niet). Daarin is de belangrijkste boodschap het normaliseren van rouw. Benadruk dat ieder rouwproces uniek is, dat er niet een bepaalde 'juiste' manier van rouwen is. Ook voorlichting aan kinderen wordt besproken.

- Ook gaat de richtlijn in op culturele diversiteit, met als belangrijkste boodschappen: vermijd homogenisering van specifieke culturele groepen. Vraag naar concrete rouw-gerelateerde behoeften en gewoontes. Deze module was er eerder niet.
- Deze richtlijn heeft nu ook een aparte module over rouwbegeleiding en -behandeling van patiënten in de palliatieve fase. Deze module was er in de vorige richtlijn niet.
- Daarnaast is er ook een aparte module gekomen over het begeleiden van minderjarige nabestaanden.

Kernboodschappen

Kernboodschap zorgverleners

De richtlijn Rouw 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 uit deze herziene richtlijn zijn:

- Normaliseren van (anticiperende) rouw (respecteer unieke aspecten van rouw van patiënten en nabestaanden. Ga er niet van uit dat rouw in goed afgegrensde fasen of taken vorm krijgt, leidend naar acceptatie of afronding. Vel geen oordeel over de manier waarop iemand omgaat met rouw.)
- Culturele diversiteit (als zorgverlener: homogeniseer niet, vraag door wat de behoeften van patiënten en nabestaanden zijn)
- Waar mogelijk: voer een nagesprek na overlijden (stem bij multidisciplinaire begeleiding af wie het contact met de naaste(n) onderhoudt en overweeg laagdrempelig contact drie maanden na het overlijden). Dit hoort bij goede nazorg.

Optioneel nog de volgende boodschappen toevoegen:

Als zorgverlener creëer momenten om aandacht te geven aan rouw van uw collega's en/of uw eigen rouw.

Kernboodschap patiënten en naasten

Ieder rouwproces is uniek. Rouw is niet prettig. Wel normaal. Er bestaat geen 'juiste' manier van rouwen (zie module Voorlichting). Het kan opluchten hierover te spreken binnen en buiten de familie. Dat kan ook een professional zijn. Ook online is er informatie over rouw te vinden wat helpend kan zijn (*Links opnemen in patiënteninformatie. zie modules Rouwbegeleiding en – behandeling bij volwassen naasten en minderjarige naasten*).

Rouw kan al plaats vinden voordat iemand overlijdt en ook bij de patiënt zelf die zich in de palliatieve fase bevindt.

Kernboodschap richting beleidsmakers

Nagesprek na overlijden wordt gezien als belangrijk onderdeel van goede palliatieve zorg. Dit is in de praktijk echter niet altijd mogelijk, onder andere vanwege de barrière dat dit in verschillende settingen niet gefinancierd wordt en/of omdat onhelder is wie dit gesprek dient te voeren.

Belangrijkste aanbevelingen voor implementatie

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 (+ context, waarom die aanbeveling gekozen)	Doelgroep	Wijkt aanbeveling af, slecht opgevolgd of kwaliteitswinst?	Bevorderen de factor	Belemmerende factoren	Strategie
1	<p>Normaliseren van rouw:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normaliseer bij voorlichting (zie 3.1) - Respecteer unieke aspecten van de persoon in rouw. Ga er niet van uit dat rouw in goed afgegrensde fasen of taken vorm krijgt, leidend naar acceptatie of afronding. Vel geen oordeel over de manier waarop iemand omgaat met rouw. (3.3 rouw begeleiding van patiënten in palliatieve fase) 	Alle zorgverleners, specifiek GGZ Patiënten	kwaliteitswinst	Campagne (SIRE), bewustzijn van zorgverlener voor eigen rouw	Bekostiging (alleen diagnoses worden bekostigd) Zorg werkt als: problemen willen oplossen (Beter maken vs dragen). Normatieve opvatting (foutief beeld van zorgverlener wat normaal is)	
2	<p>Culturele diversiteit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermijd 'homogenisering' van specifieke culturele groepen ten aanzien van rouw(verwerking). - Vraag door naar concrete rouw-gerelateerde behoeften en gewoontes, wat betreft beleving, cultuur, rituelen, gezelschap, omgang met en/of repatriëring lichaam. Houd er rekening mee dat sommige uitvaartrituelen voortvarend handelen vereisen (bij Joden, Moslims, Hindoes, Sikhs). 	Alle zorgverleners, Artsen (zorgverleners met weinig tijd)	kwaliteitswinst	Individuele cultuur, stel open vragen, vraag door (zie concrete suggesties richtlijn)	Stereotypering, onbewust zijn van vooroordelen Weinig ervaring	
3	<p>Follow – up Aanbeveling: Overweeg een</p>	Regiebehandelaar (of gedelegeerd)	kwaliteitswinst	Structuur van follow-up creëren	Belemmerend: geen vergoeding,	

gesprek te plannen voor het overlijden en een laagdrempelig contact drie maanden na het overlijden. Plan bij een vermoeden van het ontwikkelen van complexe rouw ook een gesprek na zes maanden na het overlijden. Stem bij bestaande multidisciplinaire begeleiding af wie het contact met de naaste(n) onderhoudt.			(bijv. standaard de naasten bellen na drie mnd), Verwijsstructuur (Bijv GV is beschikbaar en wordt vergoed). Hele waaier aan mensen die dit kunnen doen.	dossier van patiënt is al afgesloten, en je kunt dat van de naasten niet registeren. Onduidelijkheid wie dit gesprek voert met nabestaanden	
--	--	--	--	---	--

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)			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 en 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	PZNL
Casus met leerdoelen	Palliaweb	Te bepalen doelgroep zorgverleners	Onderwijzen	IKNL
Beslisboom*	Palliaguide	Verpleegkundigen, (huis)artsen, consulenten palliatieve zorg	Faciliteren	IKNL

*Optioneel

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 6 juli 2022. Dit communicatie- en implementatieplan zal tot de publicatie en daarna nog worden aangevuld en kunnen wijzigen.