Bijlage Communicatie- en implementatieplan

Dit communicatie- en implementatieplan ondersteunt zorgverleners bij het toepassen van de richtlijn in de praktijk. Door brede verspreiding en gerichte acties per beroepsgroep wordt de richtlijn bekendgemaakt en daadwerkelijk gebruikt. Dit zorgt ervoor dat nieuwe kennis en inzichten van (aandacht voor) zingeving en spiritualiteit blijvend worden geïntegreerd in de dagelijkse palliatieve zorg zodat patiënten en naasten tijdig passende ondersteuning krijgen en zorgprofessionals beter toegerust zijn om zingevingsvragen en -behoeften te herkennen, verkennen, begeleiden en overdragen. Stichting PZNL stelt samen met de werkgroep voor elke richtlijn een implementatieplan op.

Doelgroepen voor communicatie en implementatie

Deze richtlijn is bedoeld voor diverse groepen zorgverleners en betrokkenen, waaronder:

- Specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters
- Verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants
- Psychosociale en spirituele zorgverleners (zoals geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers)
- In palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners (zoals consulenten en kaderopgeleide specialisten)
- Netwerkcoördinatoren
- Patiënten en hun naasten

De richtlijn kan daarnaast als ondersteunend instrument worden gebruikt door andere zorgverleners die niet rechtstreeks tot de primaire doelgroep behoren.

Communicatiedoelen

Hoofddoel

Over (informatie uit) de richtlijn wordt gecommuniceerd naar zowel zorgprofessionals als patiënten en naasten. Daarbij staat het aanbieden van toegankelijke en betrouwbare informatie over de richtlijn centraal, afgestemd op zowel zorgverleners als patiënten en hun naasten.

Kennis: Wat moet iedereen weten?

De communicatie is erop gericht dat de doelgroepen weten:

- Dat er een herziene richtlijn is én waar ze die kunnen vinden;
- Wat de belangrijkste veranderingen zijn ten opzichte van de vorige versie;
- Welke onderwerpen in de richtlijn worden behandeld.

Begrippen

In deze richtlijn worden de volgende definities gebruikt om duidelijkheid te scheppen over de termen die in de context van palliatieve zorg van belang zijn:

Zingeving	Zingeving gaat over wat je ten diepste beweegt, inspireert, en waardoor je verbondenheid ervaart. Het is een doorlopend proces dat zichtbaar wordt in de gewone dingen van het leven. Vragen als ‘wie ben je?’, ‘wat is echt belangrijk voor je?’ en ‘aan wie of wat heb je steun?’ spelen hierbij een rol [Wichmann, 2025].
Spiritualiteit	In de richtlijn van 2018 werd gesproken van spiritualiteit, gedefinieerd door de European Association for Palliative Care (EAPC) als ‘de dynamische dimensie van het menselijk leven die betrekking heeft op de manier waarop personen zin, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of zoeken en waarop zij zich verbinden met/verhouden tot het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige’.
Existentiële vragen	Deze omvatten vragen rond identiteit, betekenis, lijden en dood, schuld en schaamte, verzoening en vergeving, vrijheid en verantwoordelijkheid, hoop en wanhoop, liefde en vreugde.

Existentieel	In de literatuur uit Scandinavische landen spreekt men bijvoorbeeld over ‘existential health’ in plaats van ‘spiritual health’. Existentieel gaat over hoe mensen in het leven staan, wat zij denken over het leven en hoe zij het leven ervaren.
Religie	Religieuze overtuigingen, ervaringen en activiteiten, en iemands relatie tot God of het ultieme kunnen ook onderdeel zijn van zingeving, omdat mensen hierin kunnen vinden wat hen ten diepste beweegt, inspireert en verbindt.

Knelpunten uit de praktijk

De vernieuwde richtlijn is opgesteld naar aanleiding van knelpunten die zorgverleners hebben ervaren en gedeeld via een enquête. Meer hierover lees is te vinden in de factsheet Zingeving en spiritualiteit [2025] met resultaten van de knelpuntenanalyse.

Knelpunten van zorgverleners

De belangrijkste knelpunten die naar voren kwamen, zijn:

- Onvoldoende bewustwording, zorgverleners missen kennis, vaardigheden en praktische handvatten om zingevings- en existentiële vragen te herkennen, te verkennen en te begeleiden.
- Beperkte integratie in de dagelijkse zorg: Spirituele zorg wordt niet vanzelfsprekend gezien als *gedeelde verantwoordelijkheid* binnen het multidisciplinair team. Geestelijk verzorgers worden vaak te laat ingeschakeld.
- Gebrek aan cultuursensitieve zorg: Zorgverleners ervaren knelpunten in het omgaan met culturele en religieuze diversiteit, waardoor miscommunicatie en onvolledige zorg kunnen ontstaan.

Knelpunten van patiënten en naasten

- Weinig aandacht voor zingeving in de zorg: Patiënten en naasten ervaren dat zij zelf actief moeten zoeken naar aandacht voor zingeving; zorgverleners beginnen er niet vanzelf over.
- Veel verschillende zorgverleners: Het steeds opnieuw moeten vertellen van het eigen verhaal voelt vermoeiend en onpersoonlijk.
- Onbekendheid met geestelijk verzorgers: Patiënten weten niet goed dat geestelijk verzorgers bestaan of wat zij kunnen betekenen. Palliatief verpleegkundigen blijken cruciaal als eerste aanspreekpunt en voor doorverwijzing.
- Niet-gelovigheid betekent niet dat spiritualiteit geen rol speelt
  Patiënten geven aan dat afwezigheid van religie niet gelijkstaat aan afwezigheid van waarden, betekenis of levensoriëntatie.

Wat is er veranderd?

De richtlijn is aangepast op de volgende punten:

- Er wordt een nieuwe, met onderzoek onderbouwde definitie van zingeving gebruikt (zie kader definitie zingeving). Deze definitie is gebaseerd op consensus binnen zorg- en welzijnsopleidingen, is toegankelijk geformuleerd en sluit goed aan bij de praktijk van alle zorgverleners (ook zonder specifieke kennis van zingeving of spiritualiteit) door begrippen als beweegt, inspireert, verbondenheid en concrete vragen als ‘wie ben je?’ en ‘wat is echt belangrijk voor je?’.
- De richtlijn is breder dan de vorige richtlijn waardoor alle zorgverleners zich eigenaar kunnen voelen van aandacht voor zingeving, met interdisciplinaire samenwerking als uitgangspunt.
- Meer evidence based en GRADE toegepast waardoor de richtlijn sterker onderbouwd is, maar door aanvullende expert opinion ook nog goed en praktisch toepasbaar.
- De rol van de GV is verduidelijkt binnen een bredere verantwoordelijkheid
- Meer nadruk in de richtlijn op signaleren, luisteren, tijd en ruimte geven kortom, het goede gesprek.
- Meer aandacht voor scholing en training van zorgprofessionals in het herkennen en verkennen van zingevingsbehoeften.
- De richtlijn is compacter en toegankelijker geschreven dan de vorige versie.

- Er zijn verwijzingen naar betrouwbare patiënteninformatie toegevoegd.

Kernboodschappen en wijzigingen

Kernboodschap voor zorgverleners

De richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase' is vernieuwd. Deze herziening is gebaseerd op:

- De nieuwste wetenschappelijke inzichten;
- Praktijkervaringen van zorgprofessionals, patiënten en naasten;
- Resultaten uit de knelpuntenenquête.

De richtlijn is ontwikkeld volgens een wetenschappelijke methode en sluit daardoor goed aan op de dagelijkse praktijk. Ze biedt duidelijke antwoorden op herkenbare problemen, zodat zorgverleners de best mogelijke palliatieve zorg kunnen bieden. Daarbij is er een duidelijke rol voor de volgende doelgroepen: verzorgenden, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werk/social workers, psychosociale ondersteuning, medisch specialisten, bestuurders.

De **centrale boodschap van de richtlijn** is dat zingeving geen aanvullende of specialistische zorg is, maar een integraal onderdeel van palliatieve zorg en daarmee een verantwoordelijkheid van alle zorgprofessionals.

De richtlijn 'Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase' bevat enkele belangrijke **kernboodschappen:**

1. **Aandacht:** Alle zorgverleners hebben vanuit hun professie aandacht voor zingeving. Zingevingsvragen moeten vroegtijdig worden herkend en besproken.
   Aandacht voor wat voor patiënten en naasten van waarde, betekenis en steun is, hoort net zo vanzelfsprekend onderdeel te zijn van de zorg als aandacht voor lichamelijke, psychische en sociale problemen. Zingevingsvragen worden vaak indirect geuit en vragen om actieve herkenning, verkenning, begeleiding, samenwerking en waar nodig tijdige verwijzing
2. **Herziening**: De richtlijn is een herziening van de eerdere richtlijn uit 2018 en is bedoeld om zorgverleners te ondersteunen bij het herkennen, verkennen en begeleiden van zingevingsvragen bij volwassenen in de palliatieve fase.
3. **Multidisciplinaire aanpak**: De richtlijn benadrukt het belang van een multidisciplinaire aanpak waarbij verschillende zorgverleners, zoals artsen, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers en andere professionals, samenwerken om de zingevingsvragen van patiënten te adresseren. Dit omvat ook de betrokkenheid van naasten en het respecteren van de culturele en religieuze achtergrond van de patiënt.
4. **Praktische handvatten**: De richtlijn biedt praktische handvatten voor zorgverleners, zoals het gebruik van specifieke vragenlijsten en modellen (bijvoorbeeld het Diamantmodel en het Utrecht Symptoom Dagboek) om zingevingsvragen te herkennen en te verkennen.
   Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor scholing en training van zorgverleners om hun competenties op het gebied van zingevingszorg te verbeteren.

Kernboodschap voor patiënten en naasten

“In de palliatieve fase is het normaal om vragen, zorgen of twijfels te hebben over wat voor u belangrijk is, wat betekenis geeft of wat u bezighoudt. Uw zorgverleners luisteren, denken met u mee en bieden steun bij zingevingsvragen. U kunt hierover praten met iedere zorgverlener die u vertrouwt, of met gespecialiseerde hulpverleners wanneer dat passend is. Zorgverleners luisteren zonder te oordelen en helpen u zoeken naar wat steun geeft, hoop biedt of rust brengt. Door te delen wat voor u en/of voor u naaste betekenisvol is, kan de zorg beter aansluiten bij wie u bent en wat u nodig hebt.’

Zorgverleners gebruiken richtlijnen om jou de best mogelijke zorg te geven. Voor patiënten en naasten is informatie over dit onderwerp te vinden op: Overpalliatievezorg.nl en Thuisarts.nl.

Implementatie 5 belangrijkste aanbevelingen

De tabel bevat vijf aanbevelingen die belangrijk zijn voor de implementatie van de richtlijn. Deze aanbevelingen zijn gekozen vanwege hun directe relatie met praktijkknelpunten, het afwijkende

karakter ten opzichte van huidige zorgpraktijken, het feit dat ze nu nog onvoldoende worden toegepast en hun potentie om de zorgkwaliteit en efficiëntie te verbeteren.

Aanbeveling 1: Aandacht

Alle zorgprofessionals geven vanuit hun professie aandacht aan zingeving.

Onderbouwing

Uit module 4 Organisatie van zorg

Deze aanbeveling raakt direct aan het belangrijkste knelpunt van zorgverleners én patiënten:

- zingeving komt onvoldoende vanzelfsprekend aan bod;
- patiënten ervaren dat zij er zelf over moeten beginnen;
- spirituele zorg wordt nog niet gezien als gedeelde verantwoordelijkheid.

Gewenste verandering

Zingeving verschuift van een taak van de geestelijk verzorger naar een expliciete verantwoordelijkheid van iedere zorgprofessional.

Implementatieactiviteiten

Activiteit	**Doelgroep**	**Termijn**
Opnemen van zingeving als vast onderdeel van introductieprogramma's	Alle zorgprofessionals	0-12 maanden
Communicatiecampagne "Iedereen biedt aandacht voor zingeving"	Zorgprofessionals	0-6 maanden
Ontwikkelen van een praktische factsheet "Wat kan ik zelf doen?"	Verpleegkundigen, artsen, verzorgenden	0-6 maanden
Bespreken van zingeving in team overleggen	Teams	Doorlopend

Indicatoren

- Percentage zorgprofessionals dat aangeeft aandacht voor zingeving tot de eigen rol te rekenen.
- Percentage teams waarin zingeving structureel wordt besproken.

Aanbeveling 2: Verkennen

Wees in het contact met de patiënt of naasten alert op signalen die te maken kunnen hebben met betekenisgeving of de ervaring van zin en verken deze:

- *Aanhoudende of onverklaarbare fysieke, psychische of sociale symptomen;*
- *Symbolen van betekenis in de directe omgeving van patiënt (zoals foto's en objecten), kleding of uiterlijk (zoals tattoos, een sieraad, tekst op een t-shirt);*
- *Verbale uitingen (b.v. emoties, onverwachte wending geven aan gesprek), non-verbale uitingen (b.v. stiltes, gezichtsuitdrukkingen, onrust), gedrag (b.v. niet op afspraken verschijnen), omstandigheden (b.v. geen sociaal netwerk hebben) en overige signalen bij patiënt of naasten;*
- *Gebruik van metaforen en beeldspraak door patiënt of naasten*

Onderbouwing

Uit module 2 Herkennen en verkennen

Dit sluit direct aan bij:

- onvoldoende kennis en vaardigheden van zorgverleners;
- weinig aandacht voor zingeving in dagelijkse zorg;
- patiënten die ervaren dat zorgverleners het onderwerp niet zelf openen.

Gewenste verandering

Zorgprofessionals wachten niet totdat patiënten zelf een zingevingsvraag stellen, maar herkennen en verkennen signalen actief.

Implementatieactiviteiten

Activiteit	**Doelgroep**	**Termijn**

Scholing in herkennen en verkennen van zingevingsvragen	Artsen, verpleegkundigen, verzorgenden	0-12 maanden
Introductie van de MVCN-vragen in de praktijk	Alle disciplines	0-6 maanden
Promotie van hulpmiddelen zoals Diamantmodel en USD-4D	Teams palliatieve zorg	0-12 maanden
Casuïstiekbesprekingen met praktijkvoorbeelden	Teams	Doorlopend

Indicatoren
- Percentage professionals dat scholing heeft gevolgd.
- Gebruik van USD-4D, MVCN-vragen of Diamantmodel.
- Toename van gerapporteerde zingevingssignalen in dossiers.

Aanbeveling 3: Cultuursensitieve zorg

Wees terughoudend met aannames op basis van religieuze, levensbeschouwelijke of culturele typeringen. Verken altijd met de patiënt of naaste zelf welke overtuigingen, waarden, gebruiken en bronnen van betekenis een rol spelen.

Onderbouwing
Uit module 2 Herkennen en verkennen
Deze aanbeveling sluit vrijwel één-op-één aan bij het knelpunt:
- gebrek aan cultuursensitieve zorg;
- moeite met culturele en religieuze diversiteit;
- patiënten geven aan dat niet-gelovigheid niet betekent dat zingeving geen rol speelt.

Gewenste verandering
Professionals gaan minder uit van stereotypen en verkennen actief wat voor deze specifieke patiënt betekenisvol is.

Implementatieactiviteiten

Activiteit	**Doelgroep**	**Termijn**
Scholing cultuursensitieve palliatieve zorg	Zorgprofessionals	0-12 maanden
Beschikbaar maken van Pharos-materialen en ander cultuursensitief materiaal zoals te vinden op Kennisplein Zingeving	Organisaties	0-6 maanden
Opnemen van culturele en levensbeschouwelijke aspecten in MDO's	Teams	Doorlopend
Casuïstiekbesprekingen rond diversiteit	Teams	Doorlopend

Indicatoren
- Aantal gevolgde scholingen
- Gebruik van Pharos-materialen
- Ervaren cultuursensitieve zorg door patiënten en naasten

Aanbeveling 4: Verwijzen

Overweeg door te verwijzen naar een zorgprofessional die gespecialiseerd is in psychosociale en existentiële ondersteuning binnen de palliatieve zorg zoals een geestelijk verzorger, (medisch) maatschappelijk of sociaal werker of een psycholoog, afhankelijk van de beschikbaarheid, voorkeur van de patiënt, persoonlijke betrokkenheid van de zorgprofessional of de aard van de zingevingsvraag. Het is aan te raden om ook als doorverwijzende zorgprofessional betrokken te blijven bij het proces om fragmentatie van de zorgrelatie te voorkomen.

Onderbouwing
Uit module 4 Organisatie van zorg (4.1 Continuïteit van zorg)
Dit sluit direct aan bij:
- geestelijke verzorgers worden vaak te laat betrokken;
- patiënten zijn onvoldoende bekend met geestelijke verzorging;

- betere inzet van specialistische expertise kan zorgkwaliteit verhogen.

Gewenste verandering
Geestelijk verzorgers en andere gespecialiseerde professionals worden eerder betrokken.

Implementatieactiviteiten

Activiteit	**Doelgroep**	**Termijn**
Ontwikkelen van verwijscriteria	Organisaties	0-6 maanden
Opstellen van regionale sociale kaart	Zorgprofessionals	0-6 maanden
Presentaties van geestelijk verzorgers tijdens team overleggen	Teams	0-12 maanden
Opnemen van verwijsmogelijkheden in werkafspraken	Organisaties	0-12 maanden

Indicatoren
- Aantal verwijzingen naar geestelijk verzorgers.
- Tijdstip van verwijzing in het zorgproces.
- Bekendheid van professionals met verwijsmogelijkheden.

Aanbeveling 5: Continuïteit

Overweeg bij patiënten in de palliatieve fase:
- *begeleiding bij zingevingsvragen en -behoeften zichtbaar te maken in het individueel zorgplan en actueel te houden.*
- *de afstemming over begeleiding bij zingevingsvragen en -behoeften te bespreken in een multidisciplinair en/of transmuraal overleg, bijvoorbeeld binnen een PaTz-groep of in een regionaal netwerk.*
- *te zorgen voor een sluitende overdracht waarbij bevindingen en afspraken over begeleiding bij zingevingsvragen en -behoeften zorgvuldig worden gedeeld met betrokken zorgprofessionals, in overeenstemming met de voorkeuren van de patiënt.*

Onderbouwing
Uit module 4 Organisatie van zorg (4.1 Continuïteit van zorg)
Dit sluit aan bij het patiëntenknelpunt:
- veel verschillende zorgverleners;
- steeds opnieuw het verhaal moeten vertellen;
- gebrek aan continuïteit.

Gewenste verandering
Patiënten hoeven hun verhaal minder vaak opnieuw te vertellen en informatie over zingeving reist mee tussen zorgverleners.

Implementatieactiviteiten

Activiteit	**Doelgroep**	**Termijn**
Opnemen van zingeving in zorgplannen en EPD's	Organisaties	0-12 maanden
Standaard agendapunt zingeving in MDO's	Teams	0-6 maanden
Gebruik van USD-4D en MVCN-vragen voor rapportage	Teams	0-12 maanden
Ontwikkelen van transmurale overdrachtsafspraken	Regionale netwerken	12-24 maanden

Indicatoren
- Percentage dossiers met verslaglegging over zingeving.
- Percentage MDO's waarin zingeving besproken wordt.
- Ervaren continuïteit van zorg door patiënten en naasten.

Succesfactoren

- Bestuurlijke steun.
- Beschikbaarheid van scholing.
- Betrokkenheid van geestelijk verzorgers.

- Inbedding in bestaande processen (USD-4D, MDO, PaTz, zorgplan).
- Aandacht voor patiënt- en naastenperspectief.

Evaluatie na 2 jaar

De implementatie is geslaagd wanneer:

- zingeving structureel onderdeel is van zorgplannen en MDO's;
- zorgverleners zich competenter voelen in het herkennen en bespreken van zingevingsvragen;
- meer patiënten bekend zijn met geestelijke verzorging;
- patiënten ervaren dat zingeving vanzelfsprekend onderwerp van gesprek is;
- patiënten minder vaak hetzelfde verhaal opnieuw hoeven te vertellen.

Implementatie belangrijkste doelgroepen

Verpleegkundigen en verzorgenden

Waarom?
Verpleegkundigen en verzorgenden hebben het meest frequente contact met patiënten en naasten en zijn daardoor vaak als eerste in staat signalen van zingeving op te merken.
Hun implementatierol

- Signaleren van zingevingsvragen en -behoeften.
- Gebruik van hulpmiddelen zoals USD-4D, MVCN-vragen of Diamantmodel.
- Het gesprek openen.
- Vastleggen van bevindingen.
- Tijdig verwijzen.

Artsen (medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde)

Waarom?
Artsen vervullen een sleutelrol bij markering van de palliatieve fase, proactieve zorgplanning en besluitvorming.
Hun implementatierol

- Zingeving meenemen in gesprekken over behandelkeuzes.
- Bespreekbaar maken van waarden en doelen.
- Actief verwijzen naar gespecialiseerde ondersteuning.
- Bevindingen meenemen in proactieve zorgplanning.

Geestelijk verzorgers

Waarom?
Zij zijn de inhoudelijke experts op het gebied van zingeving en zijn cruciaal voor scholing, consultatie en complexe begeleiding.
Hun implementatierol

- Scholing van zorgprofessionals.
- Consultatie bij complexe casuïstiek.
- Begeleiding bij zingevingscrises.
- Ondersteuning van teams en MDO's.
- Ontwikkelen van implementatiematerialen.

Bestuurders en beleidsmakers

Waarom?
Veel aanbevelingen vragen organisatorische borging.
Hun implementatierol

- Tijd vrijmaken voor scholing.
- Zingeving opnemen in kwaliteitsbeleid.
- Faciliteren van MDO's en overdracht.
- Inbouwen van verslaglegging in EPD's.
- Monitoren van implementatie-indicatoren.

PaTz-groepen, regionale netwerken en palliatieve consultatieteams

Waarom?

De richtlijn benadrukt expliciet multidisciplinaire en transmurale samenwerking.

Hun implementatierol

- Casuïstiek bespreken.
- Continuïteit van zorg bevorderen.
- Kennis verspreiden.
- Verwijsroutes afstemmen.
- Regionale implementatie stimuleren